

LEÇONS

SUR LES

MYOPATHIES SYPHILITIQUES

PAR

CHARLES MAURIAC

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DU MIDI
Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine, etc.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard St-Germain.

1878

LEÇONS

SUR LES

MYOPATHIES SYPHILITIQUES

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Essai sur les maladies du cœur : *De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.*

Étude sur les névralgies réflexes, symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique (Ouvrage couronné par l'Institut, prix Godard, année 1871). — Savy, libraire-éditeur.

Leçons de Ch. West sur les maladies des femmes, traduites de l'anglais et considérablement annotées par le Dr Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. 1870. — Savy, libraire-éditeur.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi du chloral dans les algies de nature vénérienne — *Gazette des hôpitaux*, 1870-1871.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux. 1872. — Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Mémoire sur le paraphimosis. 1872. — Adrien Delahaye.

Étude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis. 1873. — Adrien Delahaye.

Syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium. 1873. — Ad. Delahaye.

De la balano-posthite gangréneuse symptomatique des chancres simples. Août 1873. — *Progrès médical.*

Du traitement de la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres simples. 1874. — Librairie Octave Doin.

Leçon sur la balano-posthite et le phimosis symptomatiques des chancres infectants. — Adrien Delahaye, 1874.

Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale. — Adrien Delahaye, 1875 (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, 1876).

Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie. — Adrien Delahaye, 1875.

Du traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles. — Adrien Delahaye, 1875.

Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis (En collaboration avec M. le Dr KRISHABER), 1875.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-71. Première leçon. — Adrien Delahaye, 1875.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-71. Deuxième leçon. Rareté actuelle du chancre simple. — Ad. Delahaye, 1875.

Des laryngopathies graves compliquées de phlegmon péri-laryngien. 1876.

Herpès névralgique des organes génitaux. — Adrien Delahaye, 1876.

Localisations de la syphilose corticale du cerveau : Aphasie et hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente. — G. Masson, 1877.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. 1875.

Mémoire sur les ulcérations non virulentes des organes génitaux.

De la syphilose pharyngo-nasale.

CLICHY. — Impr. PAUL DUPONT, 12, rue du Bac-d'Asnières.

LEÇONS

SUR LES

MYOPATHIES SYPHILITIQUES

PAR

CHARLES MAURIAC

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DU MIDI

Lauréat de l'Institut et de l'Académie de Médecine, etc.



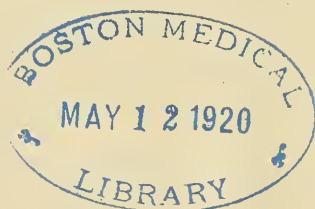
PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard St-Germain.

1878


BOSTON MEDICAL
MAY 12 1920
LIBRARY

LEÇONS

SUR

LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES

PREMIÈRE LEÇON

Messieurs,

Je me propose de vous entretenir aujourd'hui d'une des affections les plus bizarres et les plus mystérieuses de la pathologie syphilitique. Peut-être n'en avez-vous jamais entendu parler. C'est qu'elle est loin d'être commune. Sa description n'est pas devenue classique. Je suis même fort embarrassé pour lui trouver un nom convenable. Est-ce une contracture du biceps, comme le pensent certains auteurs? Le tendon de ce muscle est-il seul rétracté?... Vous en jugerez plus tard quand je vous aurai raconté et analysé les quelques cas qu'il m'a été permis d'observer.

Tout ce que je puis vous dire d'avance, pour vous donner une idée vague de l'affection, c'est qu'elle est manifestement d'origine syphilitique ; qu'elle occupe presque toujours exclusivement les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, et en particulier le muscle biceps ; et qu'elle se tra-

duit par une flexion forcée et très-difficile à vaincre du second segment du membre supérieur sur le premier.

L'angle qui en résulte présente une ouverture variable : quelquefois il est très-obtus, d'autres fois aigu, la plupart du temps droit ou voisin de l'angle droit. Quand on ne cherche pas à vaincre cette flexion anormale, le malade n'éprouve pas de douleur. L'articulation du coude reste toujours intacte, sans aucun changement dans ses parties molles ou dures. On sent et on voit que la résistance est ailleurs, dans les muscles, dans le biceps spécialement. C'est aux modifications morbides qui se sont produites dans ses fibres musculaires, dans ses fibres tendineuses ou dans son innervation qu'il faut rapporter la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras et l'incapacité fonctionnelle qui en est la conséquence.

Un des médecins les plus distingués de la province, M. le Dr Notta (de Lisieux), a publié sur ce sujet un excellent mémoire dans les *Archives de médecine* de 1850. Nous lui devons aussi l'observation la plus complète et certainement la plus intéressante de ces rétractions musculaires syphilitiques. Vous la trouverez dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1853.

Ce savant confrère en a recueilli, depuis, un nouveau cas qui est inédit et qu'il a bien voulu m'envoyer. Je vous le communiquerai ; mais auparavant, je vais vous raconter l'histoire du malade sur lequel j'appelais tout à l'heure votre attention.

Vous avez vu que son biceps gauche est rétracté. Il l'est tellement que la flexion de l'avant-bras sur le bras dépasse l'angle droit, et forme un angle aigu. Quoique le biceps gauche soit seul intéressé, vous avez eu sous les yeux un remarquable spécimen de cette affection musculaire syphilitique. Je ne saurais trop vous engager à l'examiner avec

soin et à profiter de la rare occasion qui se présente de l'étudier.

AFFECTION SYPHILITIQUE DU BICEPS

EXPOSITION DES FAITS.

Syphilide grave et ulcéreuse dès le début, consécutive à un chancre d'apparence bénigne. — Céphalées, pharyngopathies. — Éruption de rupia deux mois après le début du chancre. Traitement hydrargyrique poussé jusqu'à salivation.

Récidive de la syphilide ulcéreuse.

Au septième mois de la syphilis, début de l'affection syphilitique du biceps gauche : impossibilité de l'extension et de la flexion complètes de l'avant-bras sur le bras ; tension et rigidité du tendron ; forme globuleuse et raccourcissement du biceps. — Élancement douloureux dans le muscle.

Altération de la contractilité musculaire constatée par l'absence de formation du bourrelet contractile quand on pince le muscle, et par la diminution de l'excitabilité électro-musculaire.

Muscle triceps brachial gauche affecté, mais à un moindre degré, des mêmes lésions que le biceps.

Guérison au bout de cinq mois.

Aucune autre diathèse que la syphilis.

I

Obs. 1. — Ce malade, qui est entré tout récemment dans les chambres payantes (1), est âgé de 27 ans. Il se porte habituellement bien, et on ne trouve dans ses antécédents aucune

(1) Entré le 3 décembre 1875, sorti le 20 du même mois.

trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise. Il n'avait même jamais eu aucune maladie vénérienne jusque dans ces derniers temps.

C'est au commencement de février de l'année 1875 qu'il s'aperçut de l'existence d'un chancre situé à la base de la verge. Le dernier coït datait de 24 heures et l'avant-dernier de un mois. Ce chancre guérit sans traitement; il ne dura que trois semaines et ne laissa après lui aucune cicatrice.

Malheureusement il était syphilitique, et on en eut la preuve deux mois et demi après son début. Le 15 avril, en effet, le malade, après quelques jours d'horrible céphalée, fut pris d'un mal de gorge persistant et qui atteignit des proportions telles qu'il lui était presque impossible de manger.

Peu de temps après, des ulcérations se creusèrent au pourtour du chancre cicatrisé, et huit grosses pustules de rupia firent leur apparition, les unes sur les cuisses et les mollets, les autres sur la poitrine, d'autres sur les membres supérieurs.

II

Ainsi, vous le voyez, cette syphilis s'annonçait mal, puisque la première poussée des accidents consécutifs était ulcéreuse d'emblée. Les deux incubations sont ici fort précises. La première, celle du chancre, a été de un mois, car c'est l'avant-dernière et non la dernière femme qui l'a infecté. Quant à la seconde incubation, celle des accidents consécutifs, elle a duré environ 60 à 70 jours. C'est alors seulement que le malade commença à se soigner.

On le soumit au repos dans la chambre, à la diète et à l'usage des frictions mercurielles. Il eut une salivation très-abondante, et fut guéri au bout de 2 mois. Vous avez pu voir sur différentes régions du corps des cicatrices blanches, gaufrées, déprimées, entourées d'un cercle noirâtre caractéristique. Une seule fait une légère saillie au-

dessus des parties voisines. Elles portent toutes le cachet de leur origine syphilitique.

III

Quelque rigoureux qu'eût été le traitement diététique et mercuriel, il ne préserva pas longtemps le malade d'une deuxième atteinte. 3 semaines environ après la guérison de la première poussée, vers les premiers jours de juillet, les ulcérations du bras se rouvrirent et finirent par prendre une extension considérable. D'autres, à caractère phagédénique, au nombre de 3 ou 4, envahirent la cuisse droite.

On recommença les frictions, qui déterminèrent cette fois très-peu de salivation. Elle furent cependant continuées durant 4 ou 5 semaines. Les ulcérations se cicatrisaient d'un côté, s'agrandissaient de l'autre et ne guérissaient pas franchement. Cependant sur le bras droit elles ont fini par se fermer, et vous avez vu qu'elles sont converties là en larges cicatrices encore toutes rouges, de ce rouge sombre, propre aux manifestations avancées de la syphilis. Il en a été de même sur les membres inférieurs.

Mais à la partie postérieure du coude gauche et sur la face antérieure de l'avant-bras de ce côté, au voisinage du pli du coude, les ulcérations, après avoir été guéries, se sont reproduites et ont rongé une large surface de la peau.

IV

En somme depuis l'apparition des premiers accidents consécutifs, la syphilis n'a pas cessé de manifester son action. Il n'y a eu que quelques jours de repos dans la seconde moitié de juin.

A partir de la deuxième poussée des accidents, il s'est

toujours produit, soit d'un côté, soit de l'autre, sur la surface cutanée, quelque ulcération à tendance phagédénique.

Il n'en reste aujourd'hui que 2 ; mais elles sont énormes et occupent une grande étendue de la région du coude, en avant et en arrière.

Je vous ferai remarquer, messieurs, que leur situation est telle qu'elles ne peuvent gêner en rien les mouvements de l'articulation.

Pourtant l'amplitude de ces mouvements se borne à de faibles oscillations de l'avant-bras (volontaires ou communiquées) autour d'une ligne perpendiculaire à l'axe du bras. Ne dirait-on pas qu'il existe là une ankylose?

Eh bien, explorez, palpez de tous les côtés l'articulation du coude : vous n'y découvrirez aucune lésion. Soumettez surtout à un examen détaillé *le pli du coude*, en dedans et en dehors du tendon rigide du biceps ; vous n'y sentirez point de rénitence ni de tuméfaction ; vous n'y susciterez aucune douleur.

V

Mais depuis quand cette singulière flexion de l'avant-bras sur le bras s'est-elle produite ?

Depuis le mois d'août. C'était alors le *septième mois* de la syphilis. Petit à petit, et sans que le malade en fût averti par aucun trouble violent de la sensibilité, au niveau de l'article, l'extension complète de l'avant-bras sur le bras ne put plus s'effectuer.

Il n'était intervenu aucune cause occasionnelle de nature à rendre compte d'un phénomène qui semblait soumis à une influence pathologique lente, sourde, insidieuse et invincible.

Du mois d'août au 6 novembre (neuvième mois de la syphilis), l'angle de flexion de l'avant-bras sur le bras

augmenta de jour en jour. A cette dernière date, les deux segments du membre supérieur gauche étaient perpendiculaires. Depuis, ils se sont infléchis à angle aigu.

Mais la force qui les attirait l'un vers l'autre dans ce sens semblait contre-balancée par une force contraire ; de telle sorte que *l'ankylose musculaire* suivait les alternatives de deux actions opposées, inégales d'énergie, il est vrai, et cependant pondérées, régulières et se faisant jusqu'à un certain point équilibre. Ainsi la *flexion* complète, forcée ou volontaire, n'était pas plus possible que l'*extension* volontaire ou forcée. Mais l'amplitude du mouvement obtenu était beaucoup plus considérable dans le premier sens que dans le second.

Toutes les autres articulations étaient libres. Il n'existait aucune trace de rhumatisme ou de goutte. C'était bien sous la seule influence de la syphilis qu'était survenue cette flexion de l'avant-bras sur le bras. Elle n'avait été précédée et elle n'était accompagnée ni de douleurs névralgiformes ni de secousses musculaires épileptiformes. Le cerveau, la moelle épinière et la périphérie du système nerveux n'étaient le siége d'aucune altération appréciable ni d'aucun trouble fonctionnel.

VI

Quand j'examinai le malade pour la première fois, le 6 décembre 1875 (dixième mois de la syphilis), je constatai que toute l'action syphilitique était, pour le moment, concentrée dans la région du coude gauche.

Il y avait là, en avant et en arrière, les deux vastes ulcérations que je vous ai montrées. Elles étaient alors dans toute leur activité phagédénique et ne manifestaient aucune

tendance à la cicatrisation. Aujourd'hui, au contraire, grâce au traitement actif que j'ai institué, leur fond s'est relevé, des bourgeons de bonne nature se forment sur toute leur surface ; les bords s'affaissent et se sèchent ; des îlots d'épithélium se montrent çà et là. Il est évident que la guérison marche à grands pas et qu'elle sera complète dans 10 ou 15 jours.

Mais la lésion, ou mieux le trouble fonctionnel le plus intéressant, c'était la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. Les deux segments formaient un angle aigu. Pour ramener l'avant-bras à angle droit ou obtus sur le bras, il fallait exercer un effort considérable. Il était impossible d'obtenir l'extension complète. Cette manœuvre causait au malade de grandes douleurs qui siégeaient dans l'articulation et dans la partie inférieure du muscle, sans avoir de point fixe. Du reste on pouvait malaxer la région dans tous les sens (sauf au niveau des ulcérations) sans provoquer aucune souffrance. Toutes les parties constituantes de l'articulation semblaient intactes.

Le tendon du biceps formait, au-dessous des téguments, qui ne présentaient en ce point ni ailleurs aucun empâtement, une corde dure, rigide, droite, tendue, uniforme, sans nodosités ni trace d'une lésion quelconque. On pouvait la pincer, déprimer la peau et enfoncer les doigts sur ses côtés ou au-dessous d'elle, dans les parties les plus profondes du pli du coude, sans causer de douleur.

Au-dessus de son tendon, le corps du biceps ramassé sur lui-même constituait une masse globuleuse. Au premier aspect, sa forme pouvait faire supposer qu'il se trouvait dans un état violent de contracture. Mais quand on le pressait, on trouvait que sa consistance ne répondait pas à l'idée que suggérait sa forme. Quoique n'ayant pas la flaccidité d'un muscle au repos, il n'offrait pas cependant la fermeté, la dureté du tissu musculaire en état de contrac-

tilité volontaire ou involontaire. Il ressemblait à un muscle atteint d'un léger degré de crampe plutôt qu'à un muscle contracturé.

Un contraste qui était et qui est encore frappant, c'est celui qui existe entre la rigidité du tendon et la demi-flaccidité du muscle. Vous avez pu le constater tout à l'heure. Aujourd'hui le corps du biceps est moins roulé en boule et il paraît encore plus inerte que les jours précédents.

VII

Cette affection est survenue graduellement ; elle n'a présenté que de très-faibles variations d'un jour à l'autre. Son processus n'a pas cessé d'être uniforme et chronique. Les phénomènes de contraction ou de rétraction lente, exclusivement limités au biceps gauche, ont toujours prédominé. Il y a eu pourtant, dans la première phase de l'affection, quelques sensations douloureuses. Elles consistaient surtout en *élancements* qui parcouraient le muscle dans toute sa longueur.

Ces *élancements* étaient *nocturnes*. Ils ne survenaient qu'exceptionnellement pendant le jour. Lorsqu'ils étaient violents, il arrivait quelquefois que l'avant-bras, tout en restant infléchi sur le bras, était agité comme par de petites secousses électriques.

En pressant sur le trajet des nerfs, je n'ai point découvert en eux une sensibilité anormale. Le corps du biceps est indolent. On ne constate dans son épaisseur aucune tumeur, aucune suffusion plastique, aucune trace d'inflammation aiguë ou chronique. Il en a toujours été ainsi. Les élancements nocturnes ont constitué le seul trouble de la sensibilité.

Mais si la douleur n'est pas spontanée, on peut la provoquer en essayant de mettre par force l'avant-bras dans

l'extension. On n'y parvient qu'incomplétement. On sent alors que le tendon devient de plus en plus dur et rigide. Quant au muscle, il perd sa forme globuleuse, s'étire et se distend, sans faire grande résistance, apparente du moins, car sa consistance semblerait alors plutôt diminuer qu'augmenter.

Lorsque, par cette manœuvre, on est parvenu à obtenir un certain degré d'extension et qu'on lâche l'avant-bras, on ne le voit point revenir brusquement et violemment dans la flexion, comme s'il était mû par un ressort. Ce n'est que peu à peu et d'une façon presque insensible qu'il est ramené dans cette position. Tous les efforts de la volonté pour empêcher qu'il en soit ainsi n'y feraient rien. ls sont dominés par une force qui, pour être lente et sourde, n'en est pas moins invincible.

Après une extension forcée, aussi grande que la peut supporter le patient, il faut à l'avant-bras 3 ou 4 minutes pour reprendre son inflexion. A mesure qu'elle s'effectue, on voit le muscle se ramasser peu à peu sur lui-même, sans durcir beaucoup, et revenir graduellement à la forme globuleuse que lui avait fait perdre sa distension.

Ainsi, messieurs, quelle que soit l'idée que vous vous fassiez de l'état du biceps, il est un fait matériel qui saute aux yeux et qui vous a certainement frappés, c'est le *raccourcissement* du muscle, coïncidant avec la *tension et la rigidité* de son tendon.

VIII

Les autres muscles de l'avant-bras et du bras gauche, ceux qui aboutissent au coude ou qui en partent et sont groupés autour de lui, ne présentent aucune anomalie dans leur fonctionnement.

J'en dirai autant de ceux de l'épaule. Les mouvements

d'ensemble du membre supérieur, les mouvements de pronation et de supination, ceux des doigts, dans tous les sens, n'ont subi aucune atteinte.

Dans le membre supérieur droit, il ne s'est produit aucun trouble musculaire bien défini. Tout au plus y a-t-il eu, dans les premiers temps de l'affection bicipitale gauche, quelque gêne vague, un peu d'embarras et de douleur fugace dans les deux segments brachiaux du côté droit.

Depuis que le malade est entré dans mon service, je l'ai soumis à un traitement énergique. Il prend chaque jour 3 cuillerées de sirop de biiodure ioduré et 3 cuillerées de sirop d'iodure de potassium, ce qui représente environ 5 grammes d'iodure et 1 centigramme de biiodure hydrargyrique.

J'ai fait panser les ulcérations avec un mélange à parties égales d'onguent napolitain et de masse emplastique de Vigo hydrargyrisée.

Il n'est point survenu de salivation. Les médicaments ont été très-bien tolérés, et ils ont développé leur action curative avec toute l'énergie et la rapidité qu'on pouvait souhaiter; car au bout de 10 jours, il s'est produit des changements remarquables dans l'état du coude gauche. D'abord les plaies sont en pleine voie de cicatrisation, et il est visible qu'elles ne s'arrêteront pas en chemin et qu'elles ne reviendront point sur leurs pas. Et puis l'angle d'inflexion s'est agrandi. Il était aigu au commencement ; aujourd'hui il est obtus. L'amplitude du mouvement volontaire ou imprimé augmente tous les jours dans le sens de la flexion ou dans celui de l'extension. Le muscle n'est plus roulé sur lui-même, en une masse globuleuse. Il *s'allonge.* Le malade sent lui-même qu'il reprend peu à peu possession de son bras, et que l'incapacité fonctionnelle dont ce membre était frappé à plusieurs égards s'efface pour faire place à un fonctionnement régulier et dégagé de toute entrave,

La guérison est donc prochaine. Je parle de celle de l'affection. Quant à la diathèse, à la maladie constitutionnelle, je doute, messieurs, qu'elle ait encore dit son dernier mot.

IX

Nous avons affaire en effet à une syphilis grave, ulcéreuse d'emblée, dont les poussées sont continuelles malgré le traitement. L'action morbide ne se généralise pas ; elle est disséminée plutôt que confluente. Mais en se circonscrivant, elle devient profonde.

Toutefois, la santé générale a été excellente jusqu'ici. C'est une bonne condition au point de vue du pronostic. J'ai vu pourtant, et le fait n'est pas rare, des individus vigoureux, bien portants, chez lesquels la plasticité était exubérante, dont toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient d'une façon parfaite, présenter les accidents ulcéreux syphilitiques les plus graves. Chose curieuse ! leur santé n'en était point troublée ou ne l'était que médiocrement. Ils guérissaient assez vite, mais semblaient condamnés à la fatalité des récidives.

Je crains qu'il en soit ainsi de notre malade. L'action syphilitique, momentanément domptée, n'est point éteinte pour toujours. Elle se réveillera de nouveau dans quelque temps. Où se portera-t-elle ?

Voilà ce qu'il m'est impossible de vous dire. Jusqu'à présent, elle n'a atteint que la gorge, la peau et le biceps gauche. Peut-être choisira-t-elle un autre théâtre, les os ou les centres nerveux, par exemple. Rien ne l'indique cependant. La peau et le pharynx sont les plus menacés. Il est probable que si ce malade néglige de se soigner, il lui surviendra, à une époque plus ou moins éloignée, des

syphilides phagédéniques circonscrites ou quelque grave syphilose pharyngo-nasale.

Y a-t-il un moyen sûr de prévenir une éventualité aussi redoutable? Je n'en connais qu'un, c'est le traitement spécifique mixte. Encore ne me porterais-je pas garant de son efficacité préventive.

Il a guéri, avec une très-grande rapidité, les lésions que je vous ai montrées. Vous avez pu voir se développer sous vos yeux, dans un laps de temps relativement très-court, son action curative. Eh bien, ne vous hâtez pas d'en conclure qu'en faisant disparaître les accidents actuels, il a étouffé le germe des accidents futurs. Malheureusement il n'en est pas ainsi. Cette grave syphilis n'est qu'au dixième mois. Elle a devant elle un long avenir de manifestations de toutes sortes. Il faut donc la traiter et maintenir longtemps l'organisme sous l'influence des spécifiques, pendant 2 ou 3 mois, par exemple. Puis on les suspendra pour laisser reposer l'économie et éviter l'accoutumance. Mais à quoi bon porter nos regards si loin? Revenons à cette singulière affection bicipitale et recherchons-en la pathogénie (1).

X

Pour résoudre ce problème difficile, j'ai cherché à me rendre compte de la contractilité du muscle biceps et de celle de ses antagonistes.

Voici comment j'ai procédé. La première expérience est

(1) Je ne me trompais pas en supposant que ce malade était dans l'imminence de nouveaux accidents syphilitiques. Il sortit de l'Hôpital du Midi le 23 décembre 1875, guéri de la contracture du biceps. Il fut obligé d'y revenir le 5 février pour une syphilide ulcéreuse localisée sur la face. Cependant, la médication interne avait été continuée. Elle n'empêcha pas 3 boutons de pousser, l'un sur le nez, les 2 autres sur chaque joue. Ces boutons s'ulcérèrent au bout

à la portée de tout le monde et vous pourrez l'essayer sur vous-mêmes. Pincez brusquement, entre le pouce et l'index, le corps du muscle biceps : vous éprouverez une sensation particulière, une espèce de douleur crampoïde, ayant son siége au milieu de la masse musculaire. De plus vous verrez instantanément se former sur le point même que vous avez pressé, au-dessous de la peau, un bourrelet, large de un ou deux centimètres, haut de quelques millimètres environ, et perpendiculaire à l'axe du muscle. Ce bourrelet contractile, qui résulte de l'excitation produite

de 8 à 10 jours, vers le 15 janvier 1876 (onzième mois de la syphilis).

Les ulcérations qui leur succédèrent augmentèrent très-vite en étendue et en profondeur. Lors de son entrée elles suppuraient abondamment et avaient le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Je le traitai énergiquement : il prenait chaque jour 4 cuillerées de biiodure ioduré et on lui fit un pansement fixe avec de la pommade emplastique de Vigo et d'onguent napolitain, recouverte de baudruche.— Au bout de 3 jours, douleurs dans les gencives et les dents ; au bout de 6, stomatite vive, sans beaucoup de salivation. (On supprime la pommade, mais on continue le biiodure à la même dose.)

Lors de son entrée, ces 3 ulcérations situées l'une à la racine du nez, à droite, au niveau de l'œil, les deux autres sur la région massétérine de chaque joue, étaient en pleine activité et ne manifestaient aucune tendance à la cicatrisation. Eh bien, au bout de 13 jours, le 14 février, l'ulcération de la joue gauche était desséchée et cicatrisée; les 2 autres étaient remplies de bourgeons charnus de bonne nature, et en voie de cicatrisation. (On remplace le biiodure par l'iodure de potassium pur.)

En 15 à 20 jours, les ulcérations furent guéries. N'est-ce pas là un exemple remarquable de l'influence curative vraiment merveilleuse qu'on obtient quelquefois en poussant le traitement hydrargyrique jusqu'à salivation ? Il est étrange que la stomatite soit survenue au bout de 3 ou 4 jours d'un traitement mixte qui avait été toléré pendant un mois, lors du premier séjour du malade dans notre service. La santé générale était toujours excellente et cette fois il ne se manifesta aucun accident du côté du système musculaire.

par le pincement sur un point circonscrit de l'organe, est immobile ou n'est animé que d'un faible mouvement de reptation. Sa durée est éphémère. En moins d'une demi-minute il a disparu. On l'obtient d'autant plus facilement que le muscle est au repos. Lorsqu'il se contracte avec énergie, le bourrelet ne se produit pas, ou, s'il se produit, il est imperceptible. Mais que le muscle soit au repos ou en activité, la sensation musculaire provoquée par le pincement n'en existe pas moins.

Cette aptitude du muscle biceps, à répondre par la formation d'un bourrelet contractile à un semblable mode d'excitation, varie dans de larges limites. Je l'ai vue se développer à un haut degré dans certaines fièvres adynamiques, à l'époque où surviennent les soubresauts des tendons. C'est un phénomène réflexe, indépendant de la volonté, mais qui doit cependant être jusqu'à un certain point empêché ou dominé par elle.

Quoi qu'il en soit, chez notre malade, le pincement brusque de la masse musculaire du biceps a donné des résultats très-différents à gauche et à droite. A gauche, je n'ai jamais pu obtenir la formation du *bourrelet contractile*. A droite, je l'ai provoquée autant de fois que j'ai voulu. A gauche, le pincement ne déterminait qu'une vague sensation crampoïde, tandis qu'à droite cette même sensation était très-vive et fort nettement perçue.

J'ai tenté ce mode d'exploration sur les deux triceps brachiaux, sans arriver à aucun résultat positif.

XI

Mais ce que j'ai cru constater, messieurs, en étudiant plus attentivement l'affection que je vous décris, c'est que le muscle triceps brachial du côté gauche était, lui aussi, dans un certain état de tension, de rigidité, comme s'il s'était

mis en rétraction pour contre-balancer les effets de celle du biceps. C'est là un point important sur lequel je vais revenir.

Un mode d'excitation musculaire aussi élémentaire, aussi primitif que le pincement, ne pouvait me donner que des notions peu satisfaisantes. Aussi ai-je eu recours à l'électricité.

La première fois que je fis passer un courant galvanique dans le biceps du côté gauche, c'était au moment où la rétraction avait été portée à son summum. Je fus étonné de voir que le muscle répondait peu ou point à cette énergique excitation. Le biceps sain, au contraire, entrait dans un état violent de contraction dès qu'on appliquait sur lui les réophores.

Non-seulement le biceps malade restait inerte, mais encore il ne percevait que très-faiblement la sensation que provoque dans les muscles le passage du courant galvanique. Ainsi il y avait tout à la fois paralysie de l'élément sensitif du muscle ou anesthésie, et paralysie ou affaiblissement de son pouvoir électro-moteur.

J'obtins un résultat négatif à peu près semblable en électrisant le triceps brachial gauche.

Vers la fin de cette première séance d'électrisation, je parvins cependant à réveiller un peu la torpeur de ces deux muscles. Les faisceaux internes du biceps furent ceux qui se contractèrent le plus énergiquement. La partie externe du muscle m'a toujours paru beaucoup plus engourdie et plus insensible.

Afin de bien juger toutes ces nuances, je ne manquai pas d'électriser comparativement le bras malade et le bras sain.

Trois jours après, je recommençai mes expériences, et je fus heureux de voir que l'excitabilité électro-musculaire était beaucoup plus grande dans les muscles du bras gauche à ce moment-là que lors de la première application.

Du reste, l'inflexion et la dureté du muscle, son raccourcissement, la rigidité de son tendon, avaient subi une sorte de détente.

La sensation provoquée par le passage du courant était aussi infiniment moins obtuse que l'avant-veille. J'en conclus qu'il se produisait une amélioration qui m'était révélée du reste par d'autres signes.

Mais les résultats obtenus par l'électrisation des muscles du bras gauche étaient incomparablement moins prompts, moins vifs, moins accusés, soit comme sensation, soit comme contractilité, que ceux qu'on suscitait du côté sain.

J'ai fait 2 ou 3 autres séances d'électrisation, et, à chaque fois, j'ai constaté que la sensibilité et la contractilité, si émoussées au début dans le biceps et dans le triceps du bras gauche, revenaient peu à peu aux conditions de l'état normal; qu'elles étaient loin toutefois de répondre à l'appel électrique avec la même promptitude et la même énergie que dans le bras sain.

Je n'ai jamais pu obtenir, en électrisant le muscle biceps gauche, une flexion complète de l'avant-bras sur le bras, ni une extension complète, en portant les réophores sur le triceps du même côté.

XII

Je vous en ai dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre que le travail morbide siége réellement dans la partie active du muscle, c'est-à-dire dans ses fibres musculaires, dans ses nerfs, ou peut-être dans les deux éléments à la fois.

Je n'ai jamais compris qu'on ait fait résider exclusivement cette affection dans les parties fibreuses et inertes du

muscle. On pourrait encore soutenir qu'il y a quelquefois *rétraction du tendon.*

Mais comment se rendre compte de tous les phénomènes, en supposant qu'ils proviennent d'une seule source? Et savez-vous quelle est cette source, cette cause unique, d'après certains auteurs? L'inflammation de la bourse synoviale du tendon bicipital.

Qu'il puisse survenir une synovite dans cette région, je suis loin de le nier. Que cette synovite, par la douleur qui se produit lorsque le biceps se contracte, gêne l'action du muscle et le force à placer instinctivement l'avant-bras dans la position la plus favorable au relâchement musculaire, c'est ce que j'admettrai volontiers. Mais que toute l'affection syphilitique du biceps se réduise à la synovite de son tendon, c'est ce que je repousse comme une théorie étroite et beaucoup trop exclusive.

XIII

Quand on place, chez ce malade, les deux membres supérieurs dans une position bien symétrique et qu'on fait infléchir l'avant-bras droit sur le bras, au même degré que l'avant-bras gauche l'est par la rétraction du biceps, on peut constater une grande différence entre les muscles des deux bras. On trouve que les deux biceps sont inégaux.

1° Comme *grosseur :* malgré que le degré de flexion soit le même, à droite et à gauche, le biceps gauche est plus volumineux, plus ramassé sur lui-même que le droit.

2° Comme *consistance :* le biceps droit conserve la souplesse, la mollesse d'un demi-relâchement; le biceps gauche au contraire est ferme et même un peu dur.

3° Comme *tension :* La saillie, la rigidité du tendon

bicipital sont beaucoup plus prononcées à gauche qu'à droite.

Qu'en conclurons-nous? C'est que la flexion morbide semble exiger un effort musculaire beaucoup plus considérable de la part du biceps que la flexion naturelle.

Pourquoi? Je crois en avoir trouvé la cause dans l'état du muscle triceps. Il m'a semblé que ce muscle offrait du côté gauche une sorte de tension rétractile analogue à celle du biceps. Ainsi, comme *grosseur*, comme *consistance* et comme *tension*, j'ai découvert entre les deux triceps la même différence qu'entre les deux biceps. Celui de gauche était plus gros, plus dur et plus tendu que celui de droite. Je dois avouer cependant que ces caractères étaient beaucoup moins accusés dans le triceps que dans le biceps.

Néanmoins, en rapprochant ce fait de la diminution du pouvoir excito-moteur et de l'émoussement de la sensibilité musculaire constatés dans le triceps aussi bien que dans le biceps, je serais porté à en conclure que ces deux muscles sont soumis à la même action morbide syphilitique et que de leur antagonisme pathologique résulte l'état anormal de flexion permanente de l'avant-bras sur le bras.

Quand je vous aurai dit que notre patient ne présente aucun autre trouble de la motilité ou de la sensibilité; qu'il n'existe chez lui aucun phénomène d'encéphalopathie ou de myélopathie syphilitiques, je crois que j'aurai épuisé tout ce qu'il présente d'intéressant à étudier ; et il ne me restera plus qu'à vous le montrer de temps en temps pour vous faire constater son état et vous rendre témoins de sa guérison.

XIV

Je vais maintenant vous donner lecture de l'observation inédite de rétraction syphilitique du biceps, que je dois à

l'obligeance de mon savant confrère, M. le Dr Notta.

La voici telle qu'il a bien voulu la rédiger lui-même :

Syphilis de date inconnue. Alopécie, douleurs ostéocopes, gommes à la tête. — Puis, enfant non syphilitique.

Plus tard, symptômes de l'affection syphilitique du biceps droit et cachexie syphilitique : douleurs dans l'épaule, à la saignée, au poignet droit.

Intégrité de l'articulation du coude.

Gommes de la tête, ulcérations du front. Diarrhée.

Après 1 mois de traitement mixte, guérison de l'affection du biceps.

« Obs. II.— B... (J.), âgée de 32 ans, entre à l'hôpital de Lisieux le 14 novembre 1856.

« Cette femme, d'une moralité détestable, nie tout antécédent syphilitique. Néanmoins, il y a 2 ans, il lui vintdes boutons sur la tête et ses cheveux se mirent à tomber.

« Il y a 1 an elle entra dans mon service pour une tumeur gommeuse à la tête, de l'alopécie et des douleurs ostéocopes. Sous l'influence d'un traitement mercuriel, ces accidents disparurent, et, au bout de 2 mois, la malade sortit de l'hôpital.

« Depuis, elle est accouchée d'un enfant grêle, chétif, qui existe aujourd'hui et ne porte pas de traces de syphilis. Il y a 5 mois qu'elle habite une maison très-humide. Elle est droitière.

« C'est depuis 3 mois qu'elle a commencé à ressentir une douleur dans l'épaule droite. En même temps elle remarqua qu'elle ne pouvait étendre l'avant-bras du même côté aussi complétement que le gauche. Au bout d'un mois elle éprouva de la douleur dans la saignée du bras; la flexion de l'avant-bras augmenta; des douleurs ostéocopes survinrent. Cet état s'aggravant de jour en jour, elle entra dans mon service.

« État actuel, le 15 novembre 1856. Femme très-amaigrie. Constitution détériorée. Insommie toutes les nuits causée par

des douleurs de tête, par d'autres douleurs, en arrière au moignon de l'épaule, à la saignée du bras et au poignet droit. Elle n'en ressent pas dans d'autres parties du corps. Le bras droit comparé au gauche ne présente aucune différence; seulement l'avant-bras ne peut être étendu sur le bras au delà d'un angle obtus de 133°. Si on veut chercher à l'étendre au delà, on en est empêché par le biceps, qui est évidemment raccourci, et qui, se trouvant tendu, laisse saillir son tendon sous le tégument. En même temps on cause de la douleur à la malade au niveau de l'insertion inférieure du muscle. Il n'y a pas de tension des supinateurs. Le biceps ne présente aucune altération appréciable. Il est souple dans toute son étendue, bien contractile. Lorsque la malade fléchit l'avant-bras sur le bras, elle a presque autant de force de ce membre que de l'autre; mais si elle veut soulever un fardeau lorsque l'avant-bras est arrivé à la dernière limite de son extension, elle ne peut pas même lever un poids de cinq cents grammes, à cause de la douleur qui se manifeste au pli du coude.

« La pression détermine de la douleur sur le tendon du biceps, au niveau du pli du coude et sur les parties latérales de l'articulation. Le muscle est indolent ainsi que son insertion coracoïdienne. L'articulation du coude est parfaitement saine; ses mouvements sont très-libres et ne s'accompagnent d'aucune douleur. — Sur le sommet de la tête on constate l'existence d'une tumeur gommeuse. Sur le front il y a 2 ulcérations syphilitiques d'un centimètre de diamètre. Cette femme a eu de l'alopécie, et aujourd'hui il lui reste peu de cheveux. — Anorexie; pas de diarrhée. Depuis sa couche, les règles viennent bien régulièrement. Traitement : 1 cuillerée de liqueur de Van Swiéten et 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

« 24 novembre. Amélioration. Elle souffre moins la nuit et étend mieux le bras.

« 29 novembre. Elle sort, sur sa demande, non guérie, mais très-soulagée. Elle dort bien et son bras peut s'étendre jusqu'à 160°. Depuis, je ne l'ai pas revue. »

Cette observation de M. Notta, qui est un modèle de netteté et de précision, présente avec la précédente des analogies et des différences qu'il est intéressant de rechercher et de faire ressortir.

Dans les deux cas, l'origine syphilitique ne peut être mise en question. La malade de M. Notta était en pleine phase tertiaire depuis plus d'un an lorsque survint l'affection bicipitale. Elle avait eu et elle avait encore des tumeurs gommeuses, des syphilides ulcéreuses, etc. C'est à la 2e ou à la 3e poussée de ces accidents constitutionnels que, sans l'intervention d'aucune cause occasionnelle, le bras droit est devenu douloureux sur quelques points et l'extension complète de l'avant-bras sur lui impossible, et que la rétraction bicipitale a augmenté graduellement.

Le processus de l'affection a été très-lent, puisque au bout de 3 mois l'angle d'ouverture de l'avant-bras sur le bras était environ de 130°. Mais le mode symptomatique a été plus complexe que chez mon malade. Depuis le début jusqu'à la guérison, il a toujours existé en effet des phénomènes douloureux ayant leur principal foyer dans le pli du coude et la partie inférieure du biceps.

Ce cas rentre dans la règle ordinaire. J'ai presque toujours constaté une sensibilité anormale spontanée ou à la pression soit sur les bords du muscle, soit à l'union de ses fibres musculaires avec son tendon, soit sur ce tendon au-dessous de la peau ou plus profondément vers son insertion osseuse.

Le malade que je vous ai montré fait exception. L'absence de tout phénomène douloureux chez lui prouve bien que les troubles de la sensibilité de cette nature ne jouent qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de l'affection et que la rétraction musculaire n'est point un simple fait réflexe, mais bien un désordre de la contractilité primitif, direct, trouvant ses conditions d'existence dans la fibre

musculaire ou dans l'innervation motrice du muscle lui-même.

Dans les deux cas, l'articulation du coude était saine ; aucune de ses parties constituantes ne présentait les traces d'une lésion quelconque.

Il en était de même, du moins en apparence, du muscle biceps qui avait conservé sa souplesse et ne paraissait être le siége d'aucune hyperplasie diffuse ou circonscrite. Il était simplement revenu sur lui-même, rétracté, raccourci, ce dont on pouvait s'assurer aisément en essayant de faire une extension forcée.

Enfin, dans ces deux cas, le biceps de l'un des deux bras était seul compromis. Les autres muscles du bras et de l'avant-bras avaient conservé leur intégrité fonctionnelle. De telle sorte que l'affection bicipitale était réduite à son plus grand état de simplicité. Il en est presque toujours ainsi. Il arrive aussi presque toujours que l'amélioration et la guérison se produisent rapidement sous l'influence du traitement spécifique, et c'est ce qui a eu lieu chez la malade de M. Notta comme chez mon malade.

XV

A la suite de l'observation de mon honorable confrère, je vais vous rapporter un cas que j'ai observé en 1869. Il fut remarquable par la prédominance de la douleur.

Affection syphilitique du biceps droit survenue au 3e mois d'une syphilis légère. Siége précis de la douleur en dedans du tendon, au-dessus du pli du coude, au-dessous de l'insertion des fibres musculaires. — Douleurs disséminées dans les deux bras et dans le creux du jarret à l'insertion des gastrocnémiens.

Au bout d'un mois, même affection du biceps gauche et guérison de celle du biceps droit.

Aucune lésion dans les articulations et les gaînes synoviales.

Obs. III. — Le malade, âgé de 21 ans, grand, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu aucune maladie constitutionnelle, s'aperçut, vers les premiers jours de mars 1869, de l'existence de chancres situés dans le sillon balano-préputial. Le dernier coït remontait à 1 mois. Ces chancres s'indurèrent et donnèrent lieu à des adénopathies caractéristiques dans les deux aines. Il fut, dès leur apparition, soumis à un traitement mercuriel.

2 mois après, il survint sur la peau une éruption vésiculeuse discrète, constituée par un petit bouton blanc séro-purulent, entouré d'une auréole d'un rouge cuivré, un peu élevé au-dessus des parties voisines.

Le 9 juin (3e mois révolu de la syphilis), il entra dans mon service, salle 8, n° 15. Il éprouvait alors des douleurs dans les membres. Elles avaient commencé par le bras droit. Il s'aperçut un matin qu'il ne pouvait pas *fléchir* l'avant-bras sur le bras de ce côté sans éprouver une douleur violente située vers le tendon du biceps, en dedans surtout, un peu au-dessus du pli du coude, au-dessous de l'insertion des fibres musculaires.

Elle était exaspérée aussi par *l'extension qui ne pouvait pas être complète.* Les mouvements seuls la provoquaient. Elle occupait, dans une étendue de 3 centimètres, au-dessus de l'épithrochlée, l'espace compris entre le biceps et le triceps.

Ni contractions, ni convulsions, ni crampes. Fatigue dans tout le membre et sensation de pesanteur. Rien dans l'épaule, dans l'avant-bras, ni dans la main. Pas d'irradiations douloureuses.

Il existait une douleur semblable, mais moins vive, à la même place dans le pli du coude gauche.

5 ou 6 jours après, des douleurs survinrent également dans le creux du jarret gauche, à l'insertion des gastro-cnémiens. Contrairement à celles des bras, elles se produisaient sous forme de crises et d'irradiations. Quoique moins vives que celles des membres supérieurs, elles gênaient les mouvements. Il me fut cependant impossible de découvrir aucun changement matériel appréciable dans les parties qui en étaient le siége.

Cet état de choses persista pendant tout le mois de juin, que le malade passa dans mon service. Quand il sortit, la première poussée sur la peau était à peu près guérie, il ne restait que quelques pustules varioliformes ombiliquées, grosses comme une tête d'épingle. La santé générale était très-bonne.

Le 5 juillet (4e mois de la syphilis), l'extension complète de l'avant-bras gauche sur le bras était impossible, à cause de la douleur. Quand on arrivait à un certain degré d'extension forcée, on sentait le tendon du biceps se raidir et il se produisait une douleur aiguë dans le pli du coude et en arrière au niveau de l'olécrane. Cette douleur remontait le long du bord interne du biceps jusqu'à sa partie moyenne et irradiait dans les masses musculaires interosseuses de l'avant-bras jusqu'au poignet. Il n'existait aucun trouble de la motilité ni dans les muscles de l'avant-bras, ni dans ceux de la main.

Les mêmes douleurs existaient à droite. Seulement l'extension complète de l'avant-bras sur le bras y était possible.

Dans les deux membres supérieurs, outre ces douleurs, il y avait une gêne, une raideur générale de tous les mouvements. Je constatai que le biceps gauche ne paraissait être le siége d'aucune contracture, quoique l'extension de ce côté-là fût impossible.

Il y avait aussi quelques douleurs irradiantes dans les jarrets.

Toutes les articulations étaient intactes.

XVI

Cette dernière circonstance est importante à noter et voici pourquoi : outre la syphilis, le malade avait un écoulement blennorrhagique chronique peu abondant. N'aurait-on pas pu rapporter à ce catarrhe uréthral les douleurs péri-articulaires des coudes et des jarrets, ainsi que les phénomènes de rhumatisme musculaire des biceps et des gastro-cnémiens? Je ne le pense pas. Les gaînes des tendons, les synoviales, les ligaments des articulations, le périoste, les extrémités osseuses restèrent toujours intacts. Or, il est rare qu'une ou plusieurs de ces parties ne soient pas atteintes dans le rhumatisme blennorrhagique, et que la détermination se confine dans les nerfs ou dans les muscles seulement. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois les formes névralgiques et musculaires de cette singulière affection; mais, dans aucun cas, la douleur n'affectait un siége aussi précis et aussi exclusif que chez ce malade. Je l'ai vue occuper surtout les muscles de la nuque et du cou, ceux des lombes, les masses musculaires de la cuisse, principalement les externes; mais jamais je n'ai rencontré dans le rhumatisme musculaire ce groupe de symptômes limité aux extenseurs de l'avant-bras sur le bras, qui constitue l'affection bicipitale syphilitique.

Quoique léger, cet écoulement blennorrhagique se compliqua, dans le courant de juillet, d'une épididymite du côté droit dont la résolution fut très-lente, ce qui tenait peut-être à la présence d'un gros kyste du cordon de ce côté-là.

Au commencement d'août (5e mois révolu de la syphilis), le malade était guéri de toutes les manifestations syphili-

tiques. Il n'avait pas cessé un instant de se traiter depuis l'apparition du chancre. Les douleurs du coude gauche furent les dernières à disparaître. L'extension de l'avant-bras sur le bras augmenta graduellement et devint complète vers le milieu du mois de juillet. Le malade partit pour la campagne ; je ne l'ai pas revu.

Il y a dans ce cas une complexité de phénomènes qu'on ne trouve pas dans ma première observation. Le fait prédominant, c'était la douleur. Elle avait pour foyer principal, pour point de départ, la région antérieure du coude dans les membres supérieurs, et le creux du jarret dans les membres inférieurs. Elle ne présentait point le caractère de la douleur inflammatoire provoquée par la synovite articulaire ou tendineuse. Elle était plutôt névralgiforme, irradiante, musculaire, crampoïde. Elle ne siégeait pas au niveau des interstices articulaires ou des bourses synoviales, mais sur le trajet des masses musculaires et surtout à l'endroit où les fibres s'insèrent sur les tendons.

Quant aux troubles fonctionnels des muscles, ils ont été beaucoup moins accusés que la douleur. Le deux biceps seuls étaient atteints soit primitivement, soit par action réflexe. Ils ne paraissaient pas contracturés ni rétractés d'une manière permanente. Leur consistance était à peu près celle de l'état normal ; pourtant l'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible, et quand on voulait la produire de force, le tendon bicipital formait sur la peau une corde tendue, dure et rigide. C'étaient donc le muscle et lui qui semblaient un obstacle à l'extension, quoiqu'ils ne présentassent aucune lésion apparente. Et comme, d'une autre part, c'était en eux que la douleur siégeait, il y a toute raison de supposer qu'eux seuls étaient atteints, à l'exclusion de la bourse synoviale et de l'articulation.

Voilà donc, selon moi, un exemple de rétraction syphilitique du biceps, avec prédominance de la douleur.

Remarquez, je vous prie, messieurs, combien cette affection a été précoce. Elle a fait partie de la première poussée des accidents. Elle est survenue 3 mois après le début du chancre, et a duré 1 mois 1/2.

Dans le cas de M. Notta, l'affection bicipitale, également douloureuse, présente quelque analogie avec cette dernière; mais elle est survenue à une époque beaucoup plus tardive, en pleine période tertiaire. Devons-nous en conclure que l'âge de la syphilis ne la modifie pas, ne lui imprime aucun caractère particulier et qu'elle garde à peu près la même physionomie quelles que soient ses coïncidences pathologiques?

Une autre circonstance à noter dans le cas précédent, c'est la répétition des mêmes phénomènes, mais à un moindre degré, dans le creux des deux jarrets. Seulement, là il n'y a eu que de la douleur, sans contracture ou rétraction marquées d'aucun muscle ni d'aucun tendon. On aurait dit que l'affection n'était qu'à l'état d'ébauche.

XVII

Je crois, messieurs, que dans aucune des trois observations précédentes les surfaces articulaires, les ligaments et les bourses synoviales n'étaient touchés. M. Notta et moi nous avons exploré très-minutieusement les coudes de nos malades, à plusieurs reprises, sans y découvrir aucune lésion.

Pourtant elles ne restent pas latentes quand elles existent. Et pour vous en donner une preuve, je vais vous rapporter un cas d'arthropathie syphilitique du coude gauche que j'ai observé en 1870. Vous verrez que l'impossibilité où était le malade d'étendre et de fléchir complétement

l'avant-bras sur le bras avait une raison d'être qui sautait aux yeux et ne pouvait être méconnue.

Syphilis de moyenne intensité, caractérisée par des éruptions successives de plaques muqueuses et cutanées. Au neuvième mois de la syphilis, arthropatie du coude droit : tuméfaction et fluctuation péri-olécranienne dans l'extension et la flexion forcée, aucun phénomène de rétraction musculaire spontanée dans le biceps. — Action réflexe. — Raideur du tendon.

Obs. IV. — Le malade en question était d'un tempérament lymphatique et d'une constitution en apparence strumeuse ; il n'avait jamais eu cependant aucune maladie générale ou locale, accidentelle ou acquise.

Après une continence de 3 mois, il eut commerce avec une coureuse rencontrée sur le boulevard de La Chapelle, dans les premiers jours d'avril 1869. Au bout de 4 semaines, plusieurs chancres infectants se développèrent sur le gland et sur le prépuce. Cette année-là je le traitai à deux reprises différentes dans mes salles, tant pour ses chancres que pour les accidents consécutifs, lesquels consistèrent en plaques cutanées et éruptions erythémato-papuleuses sur toute la surface du corps.

Le 5 janvier 1870, il entra pour la troisième fois dans mon service, salle 8, nº 24. Il avait alors des plaques muqueuses sur les parties génitales, et une éruption de larges papules plates formant sur quelques points de véritables plaques cutanées sèches.

Vers le milieu de janvier (9e mois de la syphilis), ce malade fut pris, sans cause occasionnelle appréciable, d'une douleur extrêmement vive dans le coude droit. Elle était continue, plus vive la nuit et le matin que le jour, et accompagnée de l'impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras.

Cette douleur était survenue progressivement. Pendant 4 jours elle fut très-forte. Le malade ne pouvait faire exécuter

à l'avant-bras sur le bras qu'un mouvement très-limité d'extension et de flexion.

Le 27 janvier, je constatai l'état suivant : En arrière du coude droit, sur les côtés de l'olécrane, il existait deux tuméfactions pâteuses sous-cutanées, sans changement de couleur à la peau, non fluctuantes, qui semblaient se continuer avec les dernières fibres musculaires du triceps brachial. Cet empâtement était plus prononcé en dehors qu'en dedans.

Dans le pli du coude on ne découvrait absolument aucune lésion : l'exploration n'y faisait point naître de douleur, excepté toutefois quand on voulait forcer l'extension ou la flexion, qui ni l'une ni l'autre ne pouvaient s'effectuer complétement. La douleur provoquée se produisait alors : 1° dans le pli du coude pour l'extension ; 2° sur les côtés de l'olécrane pour la flexion. Rien du côté du nerf cubital.

La force musculaire n'était pas diminuée. On ne sentait aucune nodosité, aucune tuméfaction, aucune contracture, en un mot aucun changement dans les masses musculaires du bras et de l'avant-bras qui viennent s'insérer au pourtour de l'articulation. Cette articulation mesurait 27 centimètres de circonférence, tandis que celle du côté sain n'en avait que 23.

Dans le relâchement complet des muscles du bras, c'est-à-dire dans le tiers de la flexion, on constatait de la fluctuation sur les côtés de l'olécrane. Elle disparaissait dans les mouvements forcés de flexion et d'extension. L'existence d'une hydarthrose du coude n'était donc pas douteuse. Toutes les autres articulations étaient intactes. Il y avait cependant un peu de raideur dans le coude gauche. Il n'y avait point de douleurs névralgiques dans le membre malade.

Pâleur. Bruits musicaux dans les vaisseaux du cou. Rien au cœur.

Je prescrivis des frictions mercurielles qui agirent rapidement sur la syphilide, sans provoquer de salivation.

Dès le 8 février on sentait des craquements sur les côtés de l'olécrane.

Le 24 (5e semaine de l'arthropathie), la tuméfaction de la synoviale avait beaucoup diminué, ainsi que les douleurs provoquées. Néanmoins l'extension complète de l'avant-bras droit sur le bras était encore impossible. Le tendon se tendait et se raidissait dès qu'on voulait un peu forcer le mouvement. — Le coude gauche était revenu à son état normal.

Le 1er mars, l'extension restait encore incomplète à droite et il y avait toujours de la tension et de la dureté dans le tendon du biceps; mais la tuméfaction de la synoviale avait tout à fait disparu. La douleur provoquée par la flexion et l'extension forcée persistait. L'éruption cutanée était guérie. Le malade se sentant beaucoup mieux voulut sortir. Je ne l'ai pas revu.

XVIII

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires; elle est assez claire, assez démonstrative par elle-même. D'abord il est évident que l'arthropathie du coude s'est développée sous la seule influence de la syphilis, en dehors de toute autre influence constitutionnelle et sans l'intervention d'une cause accessoire. Elle était caractérisée par un état sub-inflammatoire de la synoviale accompagné d'un épanchement considérable de liquide dans l'intérieur de sa cavité. C'était une véritable hydrophlegmasie, à processus lent, à allure chronique. Néanmoins la douleur était vive, surtout au début.

Eh bien! n'est-ce pas à l'existence de ces douleurs provoquées et exaspérées par les grands mouvements de flexion et d'extension qu'il faut rapporter d'une part l'impossibilité où l'on était de les porter à leur degré le plus extrême, et d'autre part l'état de tension, de contraction du biceps suscité par une action réflexe et instinctive pour maintenir les deux segments du bras dans la situation moyenne de flexion qu'ils prennent naturellement pendant le repos?

Mais il faut tenir compte aussi de la gêne et de l'obstacle suscité par l'abondance de l'épanchement.

L'état du biceps était donc subordonné ici à l'état morbide de l'articulation.

Il était secondaire et consécutif, au lieu d'être primitif comme dans les trois observations précédentes où l'on ne découvrait aucune trace d'arthropathie.

Je crois donc que ni les nerfs ni le tissu du muscle n'étaient atteints ; que l'action syphilitique ne s'était portée ni sur lui ni sur ses congénères ou ses antagonistes, et que sa perturbation fonctionnelle était dominée et réglée par l'état morbide de l'articulation.

Une preuve qu'il en était ainsi, c'est que le coude opposé qui, lui aussi, avait été touché dans sa synoviale, mais légèrement, ne provoquait qu'une action réflexe très-minime et presque insignifiante dans les muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras.

Quoique les différences entre ce cas et les trois premiers soient plus frappantes que les analogies, il ne faut pas cependant méconnaître ces dernières. Ainsi, dans les quatre cas il a existé un empêchement invincible à l'*extension complète*, et dans les trois qui me sont propres cet empêchement avait lieu aussi pour la *flexion*. Mais quant au dernier, la cause résidait dans l'arthropathie du coude, tandis que pour les autres elle était moins matérielle, moins mécanique et paraissait consister dans une modalité morbide des nerfs moteurs et des fibres musculaires des muscles moteurs de l'avant-bras sur le bras, et en particulier du muscle biceps.

XIX

C'est ce qui eut lieu dans le cas suivant dont je pris l'observation en 1873 :

Affection syphilitique du biceps gauche, survenue au quinzième mois d'une syphilis légère. — Impossibilité de la flexion complète. Même affection à un très-faible degré dans le bras droit et le creux du jarret gauche.

Lenteur du processus : 3 mois de durée.

Guérisons intermittentes.

Obs. V.—Le malade, entré le 6 mai de cette année-là dans mon service, salle 8, n° 7, n'était âgé que de 16 ans. Il avait contracté un chancre infectant à la fin de février 1872. C'était une balano-posthite avec phimosis accompagnée d'une pléiade ganglionnaire spécifique dans les deux aines. Au mois d'avril, c'est-à-dire 5 ou 6 semaines après, il entra à l'hôpital Saint-Antoine pour une éruption cutanée superficielle qu'on traita avec des pilules de protoiodure. Il fut plus tard admis deux fois dans mon service pour divers accidents consécutifs légers.

La dernière fois, il avait une récidive de roséole érythémateuse confluente et des plaques muqueuses buccales.

Il n'était que depuis 2 jours dans mon service lorsque, le 8 mai (15e mois de la syphilis), il éprouva les premiers symptômes de l'affection syphilitique du biceps, du côté gauche. Peu à peu l'extension complète devint impossible et douloureuse. Le mouvement forcé de flexion présentait les mêmes caractères. Ces phénomènes augmentèrent graduellement. Puis ils se manifestèrent, mais très-atténués, du côté droit. Dans le creux poplité gauche, il y eut aussi quelque chose d'analogue.

Le processus fut remarquable par sa lenteur, et le traitement spécifique mercuriel ne parut pas avoir grande action sur lui pour l'arrêter ou le modérer.

Voici quel était son état le 12 juin, 1 mois environ après le début de l'affection :

L'avant-bras gauche était en demi-flexion sur le bras. L'extension complète était absolument impossible. Le tendon

du biceps formait une corde dure et rigide au-dessous de la peau. Le corps du muscle, surtout dans sa moitié inférieure, était un peu plus dur et plus épais que celui du côté opposé. On sentait même, en le pressant, une rénitence dans sa partie profonde.

L'articulation explorée avec le plus grand soin dans toutes ses parties ne présentait aucune altération. Une pression très-vive, dans le pli du coude, au-dessus de la bourse synoviale du tendon bicipital, ne causait aucune douleur.

Les mouvements du radius sur le cubitus, même les mouvements forcés de pronation et de supination, étaient parfaitement libres et indolents.

Quant au mouvement forcé d'extension de l'avant-bras sur le bras, il provoquait au contraire une violente douleur, et augmentait la saillie du tendon, qui paraissait plus court que celui du côté opposé. La flexion forcée et complète était impossible et douloureuse, mais à un moindre degré que le mouvement en sens contraire.

On pouvait pétrir, malaxer dans tous les sens, les muscles du bras et de l'avant-bras, ainsi que l'articulation du coude, sans provoquer aucune souffrance.

Enfin il n'existait pas de douleurs spontanées, fixes ou irradiantes et névralgiformes.

Dans le pli du coude droit il y avait aussi une douleur provoquée par le mouvement d'extension complète.

Dans le creux du jarret gauche, douleur de même nature, également provoquée par l'extension complète de la jambe sur la cuisse.

La santé générale était très-bonne.

Le 9 juillet (2e mois révolu de l'affection bicipitale), il n'était encore survenu aucun changement notable.

Le 16, dans le coude droit, au niveau du pli, douleur en pressant le côté externe du tendon. Impossibilité de fléchir complétement l'avant-bras sur le bras, soit dans la pronation, soit dans la supination. — Articulation intacte.

Le 26 juillet, la flexion complète était impossible et dou-

loureuse dans les deux membres supérieurs; mais l'extension se faisait mieux à gauche.

Un mois après, le 25 août, l'extension de l'avant-bras gauche sur le bras se faisait complétement et sans souffrance. Il n'existait plus rien d'anormal à droite.

Une circonstance assez curieuse à noter, c'est que la guérison définitive de l'affection bicipitale gauche avait été précédée de *guérisons intermittentes*. Ces guérisons intermittentes survenaient spontanément ou étaient consécutives à des frictions, à des malaxations dans le pli du coude. Le malade pouvait alors, sans souffrir, étendre complétement l'avant-bras sur le bras. Mais au bout d'une demi-heure ou d'une heure, la rétraction se reproduisait lentement et restait permanente jusqu'à une nouvelle friction.

XX

Vous voyez, messieurs, que cette observation ressemble dans ses traits les plus essentiels aux trois premières, c'est-à-dire que l'affection syphilitique du coude est exempte de toute altération matérielle appréciable soit dans l'intérieur de l'articulation, soit à sa périphérie.

La cause du trouble fonctionnel, le siége de la lésion, occupait donc les muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. N'y avait-il pas aussi quelque chose d'analogue dans le creux poplité? Je serais porté à répondre par l'affirmative. J'ai observé plusieurs faits où la détermination, ne se limitant pas aux muscles moteurs de l'avant-bras, semblait s'étendre aussi à ceux de la jambe. Il est vrai que je n'ai jamais vu de rétraction musculaire bien manifeste dans les membres inférieurs. — Il existait une simple gêne pendant l'extension, ou même une douleur, quelquefois très-vive, quand le mouvement, qui pouvait s'effectuer volontairement, était porté jusqu'à sa dernière limite.

La symptomatologie n'a présenté ici rien de particulier : dureté, rigidité, raideur permanente du tendon du biceps, s'exagérant dans le mouvement forcé d'extension ; augmentation de la consistance et raccourcissement du muscle, tels étaient les phénomènes les plus saillants que présentait le principal agent moteur lésé, c'est-à-dire le biceps.

La douleur n'était pas spontanée et n'avait aucun caractère irradiant. Nulle au repos, elle ne se développait que dans les mouvements forcés d'extension surtout, mais aussi de flexion.

Cette impossibilité de la flexion complète, la douleur qui se produit au pli du bras lorsqu'on veut accentuer ou forcer le mouvement dans ce sens, sont deux circonstances qui m'ont frappé ; sans doute elles ne sont pas aussi remarquables que les mêmes phénomènes qui s'opposent à l'extension; mais elles existent toujours à un certain degré. Elles m'avaient frappé depuis longtemps. Voici une note curieuse que j'ai retrouvée tout récemment dans mes cartons; je la copie textuellement, telle que je la pris au moment même où le malade vint me consulter :

« Un jeune homme âgé de 23 ans était au huitième mois et demi de la syphilis; il avait une roséole confluente sur la partie supérieure du tronc. — Aucun trouble de la santé générale. A cette époque-là, malgré le traitement institué depuis 15 jours, il fut pris de douleurs dans l'articulation du coude droit, sur la partie interne du biceps au niveau du pli. — L'extension était complète. — Mais la *flexion* de l'avant-bras sur le bras ne pouvait pas se faire complétement, à cause d'une douleur aiguë ressentie au lieu indiqué. Cette douleur était surtout intolérable dans la supination. — Mais si l'avant-bras était dans la pronation, elle diminuait, et la flexion complète était possible. — Aucune douleur à la pression, aucune modification matérielle appréciable. »

J'avais intitulé cette note prise à la hâte *affection syphilitique du tendon du biceps.* Pourtant je ne parle ni de l'état du muscle, ni de l'état de son tendon. C'est que sans doute je ne découvris en eux, non plus que dans les parties constituantes de l'articulation, aucun changement morbide.

Je crois bien qu'ici il ne s'agissait point d'une rétraction musculaire. Ce n'étaient point les muscles qui étaient malades. N'était-ce pas plutôt la synoviale du tendon du biceps? Mais pourquoi cette douleur intolérable et l'impossibilité de la flexion complète de l'avant-bras sur le bras pendant la supination, et non pendant la pronation? J'avoue que c'est là une différence dont je ne puis me rendre compte. L'observation, du reste, est trop incomplète pour qu'on doive se donner la peine de disserter sur elle à perte de vue. Je vous la donne pour ce qu'elle vaut. J'y joins trois ou quatre lignes du malade que j'ai conservées : « Douleur dans le bras droit, le 5 juillet, vague d'abord, à peine appréciable. — S'accentue les jours suivants. — Reste la même pendant une période de plusieurs jours. — Semble décroître le 19 juillet. — L'amélioration s'accentue les jours suivants : la douleur tend à disparaître. »

DEUXIÈME LEÇON

AFFECTION SYPHILITIQUE DU BICEPS, ET AUTRES MYOPATHIES ANALOGUES.

EXPOSITION DES FAITS

Quand on se trouve en présence d'un état morbide aussi difficile à interpréter, au point de vue pathogénique, que l'affection syphilitique du biceps, et que l'anatomie pathologique ne nous vient pas en aide, il faut étudier et analyser minutieusement toutes les faces de sa symptomatologie, le suivre dans tous les moments de son processus, le surprendre dans sa coïncidence permanente ou temporaire avec d'autres manifestations de même origine, démêler en lui les éléments essentiels et les distinguer de ceux qui sont accessoires, c'est-à-dire juxtaposés ou superposés, enfin employer toutes les ressources de l'observation clinique. Heureux encore si dans un sujet si obscur on parvient à entrevoir la vérité !

La nécessité de multiplier les cas, d'en donner toutes les variétés connues s'impose tellement ici que je ne craindrai pas d'abuser de votre patience en vous exposant encore d'autres faits qu'il m'a été donné d'observer.

Vous avez vu que, dans sa phase décroissante, l'affection bicipitale du dernier malade avait présenté des *rémittences* et même des *intermittences* complètes. Chez celui dont je vais vous raconter l'histoire, cette circonstance, qui est d'une grande signification, devint prédominante dès le début et persista jusqu'à la terminaison, avec les allures d'un trouble purement nerveux, dans lequel l'altération matérielle qui le produit, s'il en existe une, ce qui n'est pas douteux, n'affecte aucun caractère de fixité comme durée, ni d'égalité comme action.

Douleurs dans les deux coudes, six semaines après le début du chancre infectant, pendant la première poussée des accidents consécutifs.

Au sixième mois de la syphilis, deuxième attaque d'arthralgie dans les coudes. — Douleur irradiante entre l'olécrane et l'épitrochlée. — Extension complète de l'avant-bras gauche impossible. — Symptomes irrégulièrement intermittents de l'affection syphilitique du biceps gauche.

Obs. VI.—M. B..., âgé de 40 ans, dresseur, avait eu en 1853 un chancre phagédénique avec bubons suppurés. En janvier 1869, il contracta un chancre infectant du méat, qui indura la plus grande partie du gland sans l'ulcérer et n'y produisit qu'une érosion très-superficielle et à peine appréciable.

6 semaines après le début de ce chancre il survint une roséole papuleuse. On fit prendre environ 100 pilules de protoiodure qui n'empêchèrent pas une laryngopathie assez sérieuse et des plaques muqueuses de se déclarer au commencement de juin 1869 (5e mois de la syphilis).

Puis, vers les premiers jours de juillet, le malade éprouva quelques troubles nerveux tels que obnubilation, diplopie, qui furent fugaces et sans hémiplégie.

Il entra une première fois dans mes salles lors de l'invasion des accidents consécutifs. A cette époque il commença à éprouver quelques douleurs dans les deux coudes. A la seconde poussée des accidents, en juillet (6e mois de la ma-

ladie), il eut une nouvelle attaque d'arthralgie dans les coudes, et voici ce que je constatai quelques jours après son entrée, qui eut lieu dans mes salles, lit 10, le 15 juillet 1869 :

Il existait entre l'olécrane et l'épitrochlée du côté gauche une douleur peu vive, qui n'augmentait pas par la pression. Cette douleur irradiait à travers le pli du coude. L'avant-bras avait été forcé à peu près tout à coup de se mettre dans la position demi-fléchie sur le bras. *Son extension complète était impossible.* La masse musculaire du biceps ne paraissait point violemment contracturée et il n'existait aucune altération matérielle appréciable dans l'articulation. On aurait dit qu'une sorte de rétraction s'était produite dans les ligaments antérieurs péri-articulaires.—Peu de douleurs dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras, qui étaient libres, *sauf celui de l'extension complète.* Rien dans le bras droit.

Quand on cherchait à faire l'extension forcée, une douleur vive se faisait sentir en arrière sur l'olécrane et en avant sur le tendon du biceps, qui se raidissait très-fortement, comme s'il eût subi un raccourcissement. (Traitement mixte.)

Un point très-important à noter, c'est que cette affection survint assez brusquement et disparut de même au bout de 3 ou 4 semaines.

Elle présenta même une marche *irrégulièrement intermittente*, c'est-à-dire qu'elle cessa et revint plusieurs fois, mais toujours sans contracture bien appréciable du biceps.

Eh bien, messieurs, que pensez-vous de ce fait? ne le trouvez-vous pas, comme moi, très-significatif dans sa brièveté? Voilà un coude qui devient malade pendant les deux premières poussées de la syphilis. D'abord il n'est que douloureux; puis, outre la douleur, se produit rapidement une sorte d'ankylose dans le sens de l'extension. Et l'obstacle à ce mouvement était tel qu'on aurait pu croire que les ligaments antérieurs de l'articulation s'étaient raccourcis ou que l'olécrane ne trouvait plus à se loger dans sa cavité.

Puis tout à coup les choses reprenaient leur état naturel et l'obstacle à l'extension complète disparaissait comme par enchantement. N'est-ce pas là l'indice d'une perturbation dynamique? Quelle autre cause qu'une action musculaire entravée ou déviée et passant, avec la rapidité et la facilité qui lui sont propres, du fonctionnement physiologique au fonctionnement morbide et réciproquement, pourrait donner lieu à des résultats contraires si instantanés?

Et pourtant le biceps ne présentait aucune modification notable dans sa portion charnue. Son tendon seul subissait des alternatives de relâchement et de raideur. Il semblait qu'en lui seul résidait la force contractile qui tantôt limitait l'extension et tantôt lui laissait toute son amplitude.

Ici l'affection bicipitale était bornée à un seul côté. Le biceps gauche était seul malade; comme dans notre première observation, les autres articulations étaient intactes. Il en est quelquefois ainsi. Mais souvent les deux coudes sont pris simultanément ou l'un après l'autre et les mêmes phénomènes ont de la tendance à se répéter sur les deux articulations du genou, toujours avec un état de l'extension qui la rend incomplète ou douloureuse. Des muscles isolés ou des groupes musculaires sont également en souffrance; enfin des nerfs, dans diverses régions, sont parcourus par des irradiations névralgiques, de telle sorte que l'affection bicipitale n'est plus qu'une des manifestations de l'état myopathique ou névropathique immédiatement produit par l'action syphilitique.

I.

Il en a été ainsi dans les observations suivantes :

Affection syphilitique du biceps gauche survenue au quatrième mois d'une syphilis légère : douleur en dedans du

tendon au niveau de l'insertion des fibres musculaires. — Douleurs dans le triceps correspondant à sa partie inférieure.

Névralgie faciale droite. — Douleurs dans les masses musculaires du membre inférieur gauche, avec irradiations le long des nerfs.

Plus tard, mêmes phénomènes à droite, mais à un moindre degré. — Affection syphilitique du biceps droit.

Guérison au bout de 50 *jours.*

Obs. VII — M. L..., Louis, âgé de 16 ans, épicier, entré le 26 juin 1869, dans mon service à l'Hôpital du Midi, salle 8, nº 40, jouissait d'une excellente santé et n'avait jamais eu aucune maladie, lorsque vers la fin de février 1869, il eut commerce avec une coureuse du boulevard Saint-Martin. 10 ou 12 jours après, apparition de 3 chancres infectants, dont 2 siégeaient sur la racine de la verge et le troisième sur le limbe du prépuce. Ce dernier avait produit un phimosis dont j'opérai le malade au commencement de mai 1869.

La première poussée des accidents consécutifs consista en une roséole érythémateuse et des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus.

Une deuxième poussée eut lieu vers le quatrième mois du chancre, et le 28 juin le malade présentait l'état suivant : roséole papuleuse discrète, taches érythémateuses. Nouvelle éruption de plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Souffle systolique à la base du cœur ; bruits continus avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Quelques jours auparavant, dans les premiers jours de juin, le malade avait été pris tout à coup d'une douleur occupant le tiers inférieur du bras gauche ; cette douleur paroxystique, plus forte la nuit que le jour, était exaspérée par les mouvements de l'avant-bras sur le bras. Son maximum d'intensité occupait le bord interne du tendon du biceps, au point d'insertion des fibres musculaires. De là elle irradiait jusqu'à l'extrémité supérieure du muscle.

A ces phénomènes douloureux s'ajouta, au bout de quelques

jours, l'impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras. Quand on essayait d'obtenir par force l'extension complète, les souffrances devenaient intolérables. Je ne constatai pourtant aucune lésion dans le corps ni dans les extrémités du muscle biceps, qui ne paraissait point en contracture, du moins dans l'ensemble de ses fibres.

Le tiers inférieur du muscle triceps brachial était aussi très-douloureux pendant la contraction musculaire.

Des explorations répétées ne me firent découvrir aucune lésion dans l'articulation ni dans les parties adjacentes.

La position demi-fléchie était celle pendant laquelle le malade souffrait le moins. Faiblesse, engourdissement, pesanteur dans tout le membre supérieur gauche, sans aucune modification de la sensibilité cutanée.

Névralgie faciale droite.

Le malade éprouvait aussi des douleurs très-vives dans les masses musculaires de la cuisse gauche en avant et en arrière, ainsi que dans les muscles du mollet. Ces douleurs descendaient jusqu'au pied gauche et se prolongeaient le long de leur plante jusqu'aux orteils. Elles étaient assez vives quelquefois pour empêcher la marche. On ne constatait aucune modification matérielle appréciable dans les parties douloureuses.

Ces douleurs musculaires des membres, qui siégeaient d'abord exclusivement à gauche, se produisirent aussi du côté droit, mais avec moins de violence. L'extension complète devint impossible dans le coude droit, sans qu'il existât de contracture apparente du biceps ni d'aucun autre muscle du bras. Les douleurs musculaires ou névralgiformes se produisirent aussi dans la plante du pied droit.

Je soumis le malade à un traitement mixte hydrargyrique et ioduré. Au bout de 15 jours, ces douleurs des membres avaient beaucoup diminué. Le malade sortit le 21 juillet n'ayant plus aucun accident. Cette myopathie musculaire syphilitique avait donc duré environ 50 jours.

II

Ce fait n'est-il pas un exemple de l'état maladif qui peut frapper simultanément ou successivement une étendue plus ou moins considérable du système musculaire? Ici l'affection du biceps est sans doute encore le phénomène prédominant; mais elle est précédée et accompagnée d'autres symptômes qui sont de même nature qu'elle, procèdent de la même origine, bien qu'ils n'aboutissent pas aux mêmes résultats. Ainsi il y a eu dans le bras gauche d'abord, puis dans le membre inférieur gauche, des douleurs névralgiformes, irradiantes et paroxystiques; puis est venue l'impossibilité de l'extension complète et l'endolorissement de la moitié inférieure du triceps. J'ai déjà noté ce dernier fait dans quelques-unes de mes observations. Ne l'oubliez pas, je vous prie. Il importe de savoir que quelquefois le biceps n'est pas malade seul, mais que son antagoniste, le triceps, est également touché, toujours à un degré moindre il est vrai.

Dans le membre inférieur gauche, la myo-névropathie a été plus diffuse, plus vague et ne paraît pas avoir dépassé les limites d'une souffrance simple qui ne réagit pas directement ou par action réflexe sur la contractilité musculaire pour en troubler l'action d'une manière fugace ou permanente.

C'est encore le côté gauche qui a été le premier et le plus fortement atteint. Mais les mêmes phénomènes se sont reproduits aussi à droite sous une forme atténuée, et pendant quelques jours l'extension complète de l'avant-bras droit sur le bras a été également impossible.

Remarquez, messieurs, qu'au milieu de ces souffrances variées, qui ont leur siége dans les nerfs et dans les muscles,

la sensibilité de la peau n'est pas compromise. Elle l'est bien rarement dans le cours de la syphilis. Je n'ai jamais observé l'anesthésie cutanée chez les hommes. Celle qu'on observe quelquefois chez les femmes dépend d'une névropathie hystérique latente qui est éveillée et mise en jeu par les modifications profondes que la syphilis fait subir à tout l'organisme.

III.

Voici un cas où l'élément névralgique était encore plus accusé que dans le précédent. La prédominance était même telle que l'affection du biceps n'a été qu'un épiphénomène éphémère.

Affection syphilitique éphémère du biceps gauche, survenue comme épiphénomène, au douzième mois d'une syphilis légère, en même temps qu'une attaque de névralgie brachiale du même côté occupant surtout le nerf circonflexe.

Marche intermittente. — Guérison au bout de 10 *jours.*

Obs. VIII. — M. X..., avocat, âgé de 29 ans, contracta, le 25 juin 1871, un chancre infectant qui fut suivi d'accidents consécutifs, légers et superficiels. Je le traitai dès le début de sa syphilis par des préparations hydrargyriques ; plus tard il prit aussi un peu d'iodure de potassium.

Ce malade n'avait eu aucune poussée depuis le mois de janvier 1872, et il avait cessé tout traitement depuis le mois de février, lorsque le 3 juillet de la même année (12e mois de la syphilis), il fut pris sans aucune cause, et tout à coup, étant à sa table de travail et écrivant, d'une lourdeur très-grande et d'une sorte de commotion douloureuse dans le membre supérieur gauche. Cette attaque, toute locale et qui n'avait point son origine dans le cerveau, rendit les mouvements difficiles ; il lui était même impossible de lever le bras et de l'écarter du tronc. 2 ou 3 jours auparavant il était

survenu une douleur dans la jambe droite ; mais elle avait rapidement disparu.

Le 7, le 8 et le 9 les mêmes phénomènes persistèrent. Il n'existait aucune lésion apparente dans les articulations du membre malade. Des douleurs irradiantes, paroxystiques, plus vives la nuit que le jour, le parcouraient dans toute son étendue. Pendant les crises, qui étaient surtout nocturnes, *il était parfois difficile et même impossible d'étendre et de fléchir complétement l'avant-bras sur le bras.*

Le quatrième jour, les phénomènes s'atténuèrent. Le 10, j'examinai toutes les articulations avec le plus grand soin, sans y rien découvrir d'anormal. Le biceps n'était pas en état de contracture ni les autres muscles non plus. Il semblait au contraire, par moments, que tout le bras était paralysé. Le malade ne pouvait pas l'écarter du tronc. Sensibilité cutanée intacte. La main serrait avec force. Les douleurs irradiantes se propageaient depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité des doigts. Il n'existait aucune manifestation syphilitique.

Je fis prendre immédiatement des pilules d'hydrargyre et de l'iodure de potassium. L'amélioration fut rapide au bout de 4 ou 5 jours, le malade put se servir de son bras ; au bout de 10 jours, il était guéri.

En analysant cette singulière névro-myopathie, je finis par démêler que la douleur avait débuté par le deltoïde et qu'elle y revint toujours très-intense. Elle s'y reproduisit encore vers le 2 ou le 3 août, c'est-à-dire un mois à partir du début de l'attaque. Cette douleur, qui était plus forte la nuit que le jour, n'était pas notablement augmentée par la pression. Elle paraissait suivre les divisions du nerf circonflexe.

L'impossibilité de l'extension et de la flexion de l'avant-bras sur le bras a été intermittente et n'a duré qu'un ou deux jours ; de telle sorte que si le biceps et le triceps ont été particulièrement atteints à un certain moment, leur

souffrance s'est perdue dans l'ensemble et n'a été, comme je vous le disais, qu'un épiphénomène presque insignifiant dans le cours de cette névralgie brachiale.

Le fonctionnement du cerveau pendant cette attaque a toujours été intact. Le malade ne s'était point refroidi. Il n'a jamais eu aucune manifestation rhumatismale et il n'est pas de race arthritique.

Le traitement spécifique paraît avoir eu beaucoup d'efficacité sur cette affection. Je faisais prendre chaque jour 0,12 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et 8 grammes d'iodure de potassium. Je suspendis ces médicaments quelques jours après la cessation des douleurs.

Je suis persuadé que cette névralgie brachiale était d'origine syphilitique. Vous m'objecterez peut-être qu'elle est survenue 6 mois après la guérison de la première poussée, qu'elle n'a été ni précédée, ni accompagnée, ni suivie d'aucune manifestation sur la peau ou sur les muqueuses et qu'en l'absence de tout renseignement, il eût peut-être été impossible de songer à la syphilis. Je reconnais qu'il n'a existé aucun caractère intrinsèque dans la modalité phénoménale qui soit particulièrement propre à la syphilis. Mais à quelle autre cause rapporterez-vous cette affection? Les spécifiques n'ont-ils pas agi avec une promptitude et une sûreté qu'on pourrait invoquer comme un argument péremptoire? D'ailleurs des cas analogues où les coïncidences syphilitiques évidentes ne laissent aucun doute sur la nature des accidents névralgiques sont loin d'être rares.

Le cas suivant rentre encore mieux dans notre sujet que le précédent, parce que la myopathie syphilitique y était plus prononcée.

Myo-névropathie brachiale gauche survenue au deuxième mois d'une syphilis légère : névralgie cubitale gauche avec affection syphilitique du biceps.

Douleurs paroxystiques dans les deux creux poplités. — Guérison au bout d'un mois et demi.

Obs. IX.—Le malade, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé antérieure et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, contracta un chancre infectant qui débuta vers les premiers jours de septembre 1869. Il entra dans mon service le 18 du même mois, salle 6, n° 3. Le 10 octobre, apparition d'une syphilide à papules petites, acuminées, très-confluentes, surtout au front et à la figure, céphalalgie violente.

Je fis donner d'abord des pilules de potassium pendant la durée du chancre ; puis je fis faire des frictions mercurielle pour combattre la syphilide.

Au milieu de novembre (2e mois 1/2 du chancre), le malade fut pris, sans cause appréciable, d'accidents névro-myopathiques consistant :

1° En une douleur très-vive occupant le côté externe de l'olécrâne gauche, sans aucun gonflement, se propageant le long du nerf cubital et accompagnée d'une sensation d'engourdissement, d'une anesthésie et d'un abaissement notable de la température dans le doigt auriculaire.

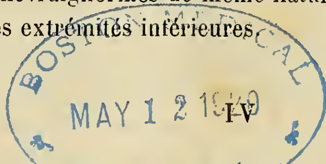
2° En une impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras.

3° En douleurs siégeant dans le creux poplité, vers son angle inférieur, des deux côtés, paroxystiques et assez fortes pour causer parfois de la claudication.

Ces accidents survenus en pleine poussée syphilitique sur la peau diminuèrent au bout d'un mois et demi de durée. Mais vers la fin de janvier 1870, l'anesthésie et l'abaissement de la température dans le doigt auriculaire gauche persistaient encore.

Ici encore l'affection bicipitale ne paraît avoir été qu'un phénomène accessoire. Le symptôme prédominant, c'était la névralgie du nerf cubital, à laquelle il faut rapporter

l'*anesthésie* et l'*abaissement de température* de l'auriculaire. Sans être aussi accusés qu'au bras gauche, des phénomènes névralgiformes de même nature se produisent aussi dans les extrémités inférieures.



IV

Vous trouverez cette observation un peu courte ; ce n'est en effet qu'une simple note. Mais je vais vous décrire avec plus de détails un cas complexe de myo-névropathie syphilitique, avec détermination matérielle sur une articulation.

Syphilis à forme névropathique. Dès le deuxième mois du chancre, douleurs névralgiformes dans les extrémités, surtout dans le bras droit. — Arthropathie des gros orteils.

Au quatrième mois, affection syphilitique du biceps gauche, légère, de peu de durée, accompagnée de douleurs et sans lésions du coude.

Syphilide papulo-crustacée discrète.— Intensité et persistance des phénomènes névropathiques douloureux. — Amaigrissement et perte des forces.

Obs. X. — D... (Louis), âgé de 45 ans, chapelier, entré dans mon service le 5 janvier 1870, salle 8, nº 18, s'était toujours bien porté et n'avait eu d'autre maladie qu'une petite vérole confluente, à l'âge de 26 ans, dont sa figure est restée toute couturée. Je ne découvris dans ses antécédents aucune affection vénérienne, ni aucune maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise.

Vers la fin de novembre 1869, 10 jours après le dernier coït avec une femme qu'il voyait habituellement, il survint un chancre dans la rainure balano-préputiale. Quand il entra

dans mes salles, il avait des adénopathies spécifiques multiples, une roséole érythémateuse qui disparut assez vite sous l'influence du traitement.

Le 20 ou le 25 janvier (2e mois du chancre), ce malade fut pris de douleurs vives dans le bras et dans l'épaule du côté droit, sans raideur dans les mouvements, et sans gonflement au niveau des articulations. Ces douleurs, plus intenses la nuit que le jour, empêchaient tout sommeil; elles consistaient en élancements qui irradiaient tout le long du bras, de l'avant-bras jusqu'au poignet; elles étaient accompagnées d'une sensation de lourdeur et de brisement, sans crampes ni paralysie. Les mouvements calmaient ces phénomènes douloureux.

8 ou 10 jours après, il survint dans les deux jambes, principalement vers la partie moyenne des cuisses, et dans le mollet, des douleurs crampoïdes, surtout nocturnes et assez violentes pour empêcher la marche. Outre ces accidents, il se produisit de la tuméfaction au niveau des gros orteils, sans rougeur et sans œdème, comme si le périoste ou les éléments fibreux eussent été seuls intéressés. (Pas de goutte dans la famille.) Les douleurs musculaires et articulaires persistèrent avec beaucoup de violence pendant 8 ou 10 jours.

Il y eut du mieux vers le milieu de février; mais à la fin du mois, les douleurs revinrent dans les bras et dans les jambes, sous forme d'élancements nocturnes, et il se produisit, sur la peau, une poussée discrète de papules plates caractéristiques.

Le 3 mars (4e mois révolu de la syphilis), je constatai l'état suivant: sommeil agité, ou insomnie. C'est vers 10 heures du soir que commencent les douleurs et l'engourdissement des bras et des jambes; ils durent presque toute la nuit.

Il existe du côté gauche l'affection syphilitique du biceps, caractérisée par l'impossibilité d'étendre complétement l'avant-bras sur le bras, sans provoquer une très-vive douleur. Il n'y a du reste aucune lésion du coude.

Le gros orteil droit est le siége d'une tuméfaction notable et douloureuse, avec gonflement des têtes osseuses, mais sans empâtement périphérique. Syphilide papuleuse discrète.

Cette situation se prolongea plusieurs jours, malgré le traitement spécifique. Après des alternatives variables, les douleurs étaient encore très-vives dans tout le membre supérieur droit, le 5 avril (5e mois de la syphilis). Elles partaient de la pointe de l'omoplate, du creux de l'aisselle et de la partie antérieure de l'épaule, et se propageaient le long du bras et de l'avant-bras, en avant et en arrière, jusqu'à l'extrémité des doigts en s'accompagnant là d'une sensation de pesanteur, d'engourdissement presque continuelle. Pas de points douloureux à la pression, pas d'anesthésie cutanée. Affaiblissement de la force musculaire.

Vers cette époque, quelques-unes des papules plates étaient devenues croûteuses, il existait de l'agitation nocturne, de l'insomnie; et, comme le malade éprouvait en même temps de l'obnubilation, des étourdissements, de la tendance à la lipothymie, des vomissements, je craignais qu'il ne se fît une détermination syphilitique du côté de l'encéphale; heureusement qu'il n'en fût rien. L'attaque névropathique se borna à cette névralgie brachiale droite, qui ne présentait pas d'exacerbations nocturnes bien franches, ni une localisation précise sur telle ou telle branche nerveuse, mais qui n'en était pas moins assez violente pour troubler la santé générale et provoquer des phénomènes sympathiques éloignés.

Remarquez la forme et la ténacité de ces accidents syphilitiques. Ils se traduisent principalement par des phénomènes douloureux contre lesquels échouent toutes les

tentatives de médication spécifique ou autre. Ils se calment un moment; mais c'est pour revenir bientôt. Ainsi, vers le milieu du mois de mai (6e mois 1/2 de la syphilis), les douleurs se reproduisirent dans les deux bras, avec irradiations dans les avant-bras et dans les doigts, principalement cette fois dans l'annulaire et dans l'auriculaire de la main gauche, et autour de l'articulation du coude qui resta toujours intacte. Maigreur très-considérable allant presque jusqu'à l'atrophie musculaire; syphilide crustacée en voie de guérison.

En juin, la santé de ce malade s'améliora un peu, et il sortit de mon service.

Ce cas, messieurs, est un bel exemple de cette forme de la syphilis qu'on pourrait appeler *névropathique*. Elle est assez rare chez l'homme, tandis qu'on la rencontre fréquemment chez la femme. Notre malade ne paraissait y être prédisposé par aucune maladie constitutionnelle antérieure à l'intoxication syphilitique. C'est donc cette dernière qu'il faut seule accuser ; mais il est à croire aussi qu'elle trouvait là un terrain propice et que le même virus, introduit dans un autre organisme, aurait manifesté ses effets d'une façon différente.

Quoi qu'il en soit des causes d'un pareil état, sachez qu'il se caractérise habituellement par les phénomènes suivants :

1° Par des douleurs vagues, par un endolorissement général des membres ou par des irradiations qui se propagent le long des principaux nerfs jusqu'aux extrémités des doigts ou des orteils. En général, ces douleurs sont spontanées, mobiles, paroxystiques, ce qui les distingue des douleurs ostéocopes profondes qui ont un caractère beaucoup moins névralgique. Elles affectent quelquefois la forme de crampes, quoique la contractilité musculaire ne soit pas

atteinte; ou bien celle de brisement, de courbature dans les grandes masses musculaires, avec quelques douleurs pongitives plus ou moins répétées et disséminées çà et à, qui tranchent par leur acuité sur le fond de cette souffrance sourde et continue. Dans la tête, les douleurs sont peut-être plus franchement névralgiformes que dans les bras et surtout que dans les extrémités inférieures. En classant toutes ces algies d'après leur ordre de fréquence et d'intensité, on trouve dans la forme névropathique de la syphilis : les névralgies fronto-cervicales, les névralgies cubitales, et puis les névralgies axillaires et intercostales;

2° Par un amaigrissement qui porte sur toutes les parties du corps, mais en particulier sur le système musculaire où il s'élève jusqu'à l'émaciation et à l'atrophie. Cet amaigrissement se produit malgré l'intégrité apparente des principales fonctions organiques ;

3° Par quelques phénomènes arthropathiques qui ne sont pas constants et n'entraînent que peu de changements dans les parties molles ou dans les parties des articulations;

4° Par des troubles nerveux de la circulation tels que palpitations, spasmes respiratoires, oppression, tendance aux lipothymies, etc.;

5° Quelquefois par des périostoses disséminées sur le péricrâne, sur le sternum, les côtes, ou sur divers autres points du système osseux.

Je ne vous donne là qu'une esquisse de cette forme fort intéressante de la syphilis. C'est en définitive autour des douleurs névralgiformes multiples que se groupent tous les autres accidents; la souffrance du système nerveux périphérique dans ses filets sensitifs, rarement dans ses filets moteurs, en constitue l'élément essentiel.

Dans l'observation précédente, l'affection syphilitique du biceps est tout à fait accessoire. Elle a été légère et de courte durée. Sa coïncidence avec les algies brachiales qui tourmentèrent ce malade pendant plusieurs mois ne doit pas être prise pour un rapport de cause à effet, car ces algies avaient existé longtemps avant l'affection bicipitale et ont persisté après sa disparition. Et puis, ne s'est-elle pas développée dans le bras gauche qui a toujours été moins douloureux que le droit?

V

Dans le cas suivant, la syphilis a évolué en toute liberté et sans être influencée par aucun traitement. L'affection du biceps est survenue vers le quatrième mois; elle a été précédée et accompagnée de douleurs rhumatismales et névralgiques nombreuses, dont quelques-unes, celle de la tête, avaient pour point de départ une périostose épicrânienne.

Syphilis à forme névropathique, évoluant pendant 5 mois, sans être soumise à aucun traitement.— Céphalée névralgiforme ayant pour centre d'irradiation une tumeur fronto-pariétale gauche survenue au troisième mois de la syphilis. — Accidents douloureux myalgiques et rhumatismaux. — Affection syphilitique du biceps, au cinquième mois de la maladie.

Obs. XI. — M. F.., cocher, âgé d'une vingtaine d'années, d'une bonne santé habituelle, et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, entra dans mon service à l'hôpital du Midi, pour des chancres infectants suivis au bout de 3 mois d'accidents constitutionnels insolites: douleurs de tête très-violentes, la nuit principalement, occu-

pant tout le crâne, paroxystiques et plus intenses à gauche qu'à droite ; au-dessus de l'œil gauche, bosse survenue sans cause extérieure, à base plus large qu'une pièce de cinq francs en argent, sans adhérences à la peau qui était intacte à son niveau, peu sensible à la pression, non fluctuante, point de départ des irradiations névralgiques temporo-pariétales.

Cette tumeur dura 10 à 15 jours environ et disparut spontanément. La céphalée névralgiforme persista pendant 1 mois. Ce fait de périostose survenant à une époque si rapprochée de l'accident primitif a été rapporté et commenté dans mon mémoire sur les *Affections syphilitiques précoces du système osseux*, p. 16-18. Cette manifestation n'est pas la plus importante à notre point de vue actuel. Je vous prie de remarquer surtout les suivantes :

Vers la même époque, cet homme fut pris de crampes occupant la partie antérieure de la poitrine, au niveau des attaches costales du grand pectoral. Elles étaient si douloureuses qu'elles empêchaient de rapprocher les bras du tronc et leur enlevaient toute force, si bien, disait le malade, qu'il lui eût été impossible de casser un œuf en joignant les deux mains. Il existait en outre un sentiment habituel d'oppression, s'élevant jusqu'à l'orthopnée pendant la nuit.

Quelques temps après, les deux épaules furent prises de douleurs qui envahirent tous les muscles de l'omoplate. Elles étaient exaspérées par les mouvements et plus prononcées le jour que la nuit ; elles durèrent 15 jours environ. L'articulation était intacte.

Au commencement de juin (5e mois de la syphilis), une douleur vive se produisit dans le bras gauche, des deux côtés de l'olécrane, en arrière et en avant, sur le côté externe du tendon du biceps, au niveau du pli du coude, exaspérée par les mouvements et accompagnée

d'une sensation de pesanteur dans les bras. L'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible, bien qu'il n'existât aucun changement matériel dans l'articulation du coude, si ce n'est la tension du tendon du muscle biceps. Dans le pli du coude à droite il y avait également aussi un peu de douleur, mais sans affection bicipitale.

Aux extrémités inférieures il y eut aussi des phénomènes douloureux dans la partie interne et antérieure des deux cuisses, dans les jarrets et au pourtour de l'articulation du genou qui était exempte de toute inflammation ainsi que les gaînes tendineuses qui la côtoient.

Lorsque ce malade entra dans mon service, il avait une éruption papuleuse extrêmement confluente qui datait de 2 mois. Il éprouvait encore des douleurs intolérables dans plusieurs des points précédemment indiqués. Quoiqu'il eût beaucoup souffert, sa santé générale n'avait pas été très-altérée, ce qui permit d'instituer un traitement mixte énergique qui le guérit à peu près de tous ces accidents au bout de 2 mois. Il sortit à la fin d'août. Son chancre avait débuté en février.

Cette première phase de la vérole, abandonnée à sa marche naturelle, avait donc été caractérisée, comme chez le malade précédent, par une détermination spéciale sur le système musculaire et sur le système fibreux. Il y avait eu, tour à tour ou simultanément, des douleurs dans les muscles de la poitrine et des extrémités, surtout des supérieures, douleurs qui avaient toujours présenté le type myalgique, plutôt que le type névralgique. L'affection syphilitique du biceps s'était produite dans sa forme ordinaire du côté gauche, et n'avait eu là aussi qu'un rôle pour ainsi dire épisodique. Enfin le péricrâne s'était tuméfié dans la région frontale, sous forme d'une large périostose d'où s'élançaient dans diverses directions du crâne, des

douleurs névralgiformes. Contrairement à ce qui avait eu lieu, dans le cas précédent, cette syphilis, malgré sa forme névropathique, n'avait pas déterminé un amaigrissement considérable. Mais il est rare, je vous le répète, que l'organisme ne soit pas touché d'une manière très-sensible par cet ensemble d'accidents douloureux.

VI

Tels sont, messieurs, les principaux cas d'affection syphilitique du biceps que j'ai pu recueillir. Ils ne sont pas nombreux dans la science, sans doute parce qu'on ne s'est pas donné la peine d'en prendre note. J'en ai trouvé trois, très-sommairement exposés dans la *Gazette des hôpitaux* de 1842, p. 98. Ils sont dus à M. Ricord. En voici le résumé :

1. A la troisième année d'une syphilis traitée par le mercure, les muscles fléchisseurs de l'avant-bras droit perdirent leur élasticité, et furent pris de douleurs nocturnes comparables aux douleurs ostéocopes. — Avant-bras coudé à angle droit sur le bras. Les tissus de la région affectée offraient une dureté et une raideur très-remarquables; mais ils ne paraissaient point altérés. — Hyperostose du tibia gauche. Guérison au bout de 20 jours avec l'iodure de potassium, à la dose de 3 grammes par jour.

2. Chez un second malade, la rétraction musculaire se montra à la suite de chancres indurés au gland, qui avaient persisté longtemps, malgré le traitement hydrargyrique. — Elle constitua le seul symptôme syphilitique en tout

semblable au précédent et guérit au bout de 15 jours de traitement par l'iodure de potassium.

3. Syphilis avec une première poussée d'accidents secondaires traités par le mercure. Un an après, tubercules ulcérés de la gorge, et presque en même temps la rétraction musculaire se manifesta dans les fléchisseurs de l'avant-bras; elle présenta absolument les mêmes caractères et suivit la même marche que dans les deux cas précédents. Guérison au bout de 6 semaines par l'iodure de potassium.

Dans un quatrième cas la rétraction musculaire des fléchisseurs de l'avant-bras n'eut lieu qu'au bout de 10 ans et fut guérie en 5 semaines par l'iodure de potassium.

Une des observations les plus intéressantes et les plus complètes de l'affection syphilitique du biceps est celle qui a été publiée par M. le Dr Notta, dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1853, p. 175. En voici le résumé.

4. Chez une femme âgée de 26 ans, à une époque rapprochée de l'accident primitif, au déclin d'une première poussée de manifestations syphilitiques du côté de la peau et des muqueuses (croûtes dans les cheveux, syphilide érythémateuse, tubercules plats de la langue, des joues et des parties génitales), apparition de douleurs nocturnes dans les membres, sur le trajet des os et dans les articulations.

Dans les deux jarrets, empâtement, tuméfaction prononcée du tissu cellulaire sous-cutané. Épanchement dans l'articulation gauche radio-carpienne. Sur le cubitus droit, deux tumeurs du volume d'une noisette, dures, douloureuses à la pression, sans changement de couleur à la peau.

Extension complète de l'avant-bras droit empêchée par le raccourcissement du biceps, dont le tendon fait saillie sous les téguments. L'avant-bras forme alors avec le bras un angle de 70° environ. L'articulation du coude est saine et ne renferme pas de liquide. Le muscle biceps est souple, bien contractile. Extension forcée douloureuse. Tendon du biceps également douloureux à la pression, mais ne présentant aucune altération.

Depuis quelques jours l'extension des doigts ne se fait pas aussi bien qu'auparavant. Pour la main gauche, le fait est peu marqué, un peu plus cependant pour le médius et l'annulaire que pour les autres doigts. Pour la main droite, cette lésion est très-sensible à l'annulaire et au médius ; et les phalanges de ces doigts, au lieu de former une ligne droite, lorsqu'elles sont à l'extension, forment une courbe prononcée. On ne peut vaincre la résistance qui s'oppose à l'extension.

Les muscles fléchisseurs des doigts ne sont pas douloureux à la pression ; ils sont souples. On ne détermine de douleur à la pression que sur la face antérieure et les parties latérales de la deuxième phalange des doigts annulaire et médius de chaque main. Les mains ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction. Aucun changement matériel dans les parties atteintes.

Traitement mixte. Guérison de la rétraction et des autres troubles musculaires. Quelques mois après, iritis syphilitique.

Le côté le plus remarquable de cette observation, c'est évidemment l'obstacle à l'extension des doigts survenu des deux côtés, surtout à droite. Il n'est pas douteux que la cause qui avait déterminé la flexion forcée de l'avant-bras droit sur le bras, sortant de ses limites ordinaires, avait aussi envahi les muscles extenseurs des doigts, sans lais-

ser ni dans leur partie charnue ni dans leurs tendons aucune trace matérielle de son action.

VII.

Pour terminer l'exposé clinique qu'il importe de faire aussi complet que possible, dans ce sujet obscur, je vais vous résumer les observations qui servent de base au mémoire de M. Notta.

5. Femme de 22 ans. Jamais de rhumatismes. Bonne santé antérieure. Accident primitif inaperçu. Syphilide superficielle sèche, alopécie; douleurs dans les membres et en particulier au pli des deux coudes. Au 7[e] mois environ de ces accidents, fièvre typhoïde, pendant la convalescence de laquelle, la malade s'aperçut pour la première fois qu'elle ne pouvait plus étendre le bras droit. Augmentation progressive de la maladie. Aucun traitement antisyphilitique.

Amaigrissement, cachexie, psoriasis. Douleurs nocturnes sur le trajet des os des membres. Douleurs dans les genoux et les pieds; pas d'exostose. La malade est droitière L'avant-bras droit ne peut être étendu sur le bras que suivant un angle obtus de 135°. Douleur aux insertions radiale et coracoïdienne dans l'extension forcée, et par la pression, sans aucune lésion appréciable du muscle ni de ses tendons. Le long supinateur est un peu rétracté; il est légèrement douloureux en un seul point, à son insertion humérale. Traitement spécifique; guérison au bout d'un mois. Récidive immédiate, guérison rapide. Il y a toujours eu une douleur vive à la pression et dans l'extension forcée, au niveau de l'insertion radiale.

6. Femme de 22 ans. Accident primitif inaperçu. Petite tumeur à la partie inférieure du triceps brachial gauche

survenue sans manifestations antérieures appréciables et accompagnée de douleurs vagues dans le bras. Au bout de 18 mois, la tumeur avait doublé de volume et l'avant-bras gauche s'était fléchi peu à peu sur le bras. Traitement pendant plusieurs mois avec du mercure et de l'iodure de potassium. Amélioration, mais pas guérison complète ; persistance de la tumeur, extension complète impossible.

Près de deux ans après le début de cette affection, le bras gauche offrait à sa partie postéro-inférieure une tuméfaction qui paraissait avoir son siége dans le triceps et présentait tous les caractères d'une tumeur gommeuse, sans changement de couleur à la peau et avec douleurs sourdes vespérales. Épanchement dans l'articulation du coude.

Symptômes ordinaires de l'affection syphilitique du biceps avec douleur au niveau de l'insertion radiale par la pression et l'extension forcée.

Résorption du liquide, persistance des symptômes de l'affection du biceps, puis guérison au bout de 2 mois obtenue par l'iodure de potassium.

7. Homme de 23 ans, d'une bonne santé habituelle. Antécédents vénériens obscurs. Deux ans avant l'affection du biceps, balano-posthite ; 8 mois avant, blennorrhagie de 2 mois de durée, puis syphilide ulcéreuse superficielle ayant laissé des cicatrices caractéristiques.

C'est trois mois après la guérison de cette éruption que débuta l'affection syphilitique du biceps gauche (le malade était gaucher), qui se développa lentement et présenta ses symptômes habituels. Un peu en avant et au-dessous de l'épitrochlée existait une tumeur assez régulière, ayant l'étendue d'une pièce de cinq francs à sa base, molle, fluctuante sans changement de couleur à la peau, indolente, contenant du pus séreux. Guérison au bout de quelques semaines.

TROISIÈME LEÇON.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'AFFECTION SYPHILITIQUE DU BICEPS.

Après vous avoir donné toutes les observations qui me sont personnelles et celles que contient le mémoire de M. Notta, je vais embrasser dans une vue d'ensemble l'affection syphilitique du biceps, rechercher ses causes, démêler les éléments qui la constituent, étudier son processus, et, à défaut d'anatomie pathologique, faire les hypothèses les plus probables sur la nature et sur le siége des lésions.

SECTION I

Causes constitutionnelles de la myopathie syphilitique du biceps : on ne l'observe que dans la syphilis. — Absence de causes occasionnelles.

Périodes de la syphilis pendant lesquelles elle se manifeste : elle est habituellement précoce.

Ses rapports avec l'intensité et avec la forme de la syphilis. — Forme *myo-névropathique*.

Ses coïncidences syphilitiques. Elle n'est pas une émanation de la syphilose des centres, mais un des modes de la *syphilose nerveuse périphérique*.

Circonstances physiologiques qui favorisent la myopathie bicipitale. — Prédominance de cette variété de myopathie

dans les muscles fléchisseurs; mais les extenseurs en sont aussi atteints.

I

L'affection du biceps telle que je viens de vous la montrer et de vous la décrire ne se rencontre dans aucune autre maladie générale que la syphilis. Je ne l'ai jamais observée ni dans la scrofule, ni dans les dartres, ni dans l'arthritisme. Rien d'étonnant qu'il en soit ainsi pour les deux premières; mais le rhumatisme et la goutte, qui attaquent avec une prédilection si marquée le tissu musculaire et le tissu fibreux, pourraient en offrir des exemples. Il n'en est rien cependant; la syphilis est la seule cause constitutionnelle de cette affection; et elle l'est si exclusivement, que la seule constatation du phénomène morbide implique le diagnostic, même en l'absence de tout antécédent ou de toute circonstance pathologique de même nature.

Sur ce point-là, l'étiologie est évidente et péremptoire, mais elle resterait incomplète si on ne pénétrait pas plus loin dans la recherche des causes secondaires et accessoires. Quoique d'un ordre moins élevé, elles ne doivent jamais être négligées, car lorsqu'on arrive à les découvrir, à pénétrer leur influence respective, la portée, la succession et l'enchaînement de leurs effets, on est bien près de connaître les conditions pathogéniques qui révèlent ce qu'il y a de plus spécial et de plus intime dans tout état morbide.

Malheureusement, messieurs, la nécessité de rechercher ces causes, si pénétré qu'on en soit, n'entraîne pas comme corollaire leur découverte. Aussi j'ai le regret de vous dire qu'en dehors de l'origine constitutionnelle de l'affection, je ne suis parvenu à déterminer d'une manière précise aucune circonstance étiologique de quelque valeur.

II

L'affection syphilitique du biceps peut se manifester à toutes les périodes de la syphilis. Néanmoins, elle me paraît appartenir plutôt à la période secondaire qu'à la période tertiaire, quoiqu'on l'ait rencontrée quelquefois en même temps que les gommes ou les affections tardives du système osseux. Sur les 11 cas que je vous ai décrits, dans 8 j'ai pu déterminer la date de la myopathie bicipitale. Eh bien, dans ces 8 cas, le biceps est devenu malade au 7e, au 3e, au 9e, au 15e, au 6e, au 4e, au 12e, au 2e mois de la syphilis, en comptant à partir du début de l'accident primitif. La date moyenne, en s'en tenant à ces huit faits, serait donc 6 ou 7 mois. Mettons 10 mois, un an, si vous le voulez : l'affection bicipitale restera toujours classée par sa chronologie dans la catégorie des accidents précoces de la syphilis. Cette manière de voir s'éloigne de celle qui est généralement adoptée. Chaque fois que le système musculaire est touché, on croit que la syphilis est arrivée à sa période tertiaire. Je me suis élevé souvent contre cette division arbitraire des accidents en secondaires et tertiaires. Un accident peut être secondaire par sa date et tertiaire par sa nature, et réciproquement. Où est la limite ?... M. Ricord se faisait une très-fausse idée de l'affection bicipitale : il la confondait avec les rétractions musculaires consécutives aux gommes ou aux myosites diffuses ; aussi était-il tout naturel qu'il la considérât comme un phénomène de l'ordre tertiaire. M. Notta, le seul qui l'ait bien étudiée et comprise, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions : « Les accidents, dit-il, qui existaient en même temps que la rétraction étaient, dans 3 cas, des accidents tertiaires ; dans 1 cas, des accidents secondaires à

leur période de déclin, compliqués d'accidents tertiaires; enfin dans 2 autres cas des accidents secondaires. De l'analyse que nous venons de faire, on peut conclure que la rétraction que nous avons en vue est une manifestation de la syphilis qui apparaît à une époque assez avancée de cette maladie, et qui appartient à la classe des accidents tertiaires. Cependant, comme dans quelques cas elle paraît appartenir à la classe des accidents de transition, je la rangerai volontiers à côté du testicule syphilitique, qui, comme on le sait, peut apparaître très-tardivement, et d'autres fois se manifester pendant le cours des accidents secondaires (1). »

Malgré le grand cas que je fais de l'opinion d'un observateur aussi habile que M. Notta, je persiste à penser que l'affection bicipitale se rencontre plus fréquemment dans les premières que dans les dernières phases de la syphilis.

III

L'intensité de la maladie constitutionnelle ne semble avoir qu'une influence médiocre sur son apparition. Sans doute on l'a vue coïncider avec des syphilides ulcéreuses, comme dans ma première observation, ou même avec des lésions plus profondes, par exemple avec des gommes et des périostoses, etc.; mais plus souvent encore elle survient dans le cours régulier d'une syphilis légère ou d'une syphilis de moyenne intensité. Dans mes 9 observations, la syphilis était ulcéreuse et grave 1 fois; légère et très-ordinaire, 5 fois; moyenne, comme force, 3 fois.

La forme de la syphilis joue un rôle étiologique plus con-

(1) *Mémoire sur la rétraction musculaire syphilitique*. *Archives de médecine* de 1850, décembre, p. 424.

sidérable que son intensité. Parmi les coïncidences pathologiques de l'affection bicipitale, je vous ai montré, en effet, que les plus communes étaient incontestablement les algies variées qui se promènent dans diverses parties du corps, mais qui s'emparent, avec une préférence marquée, des nerfs, des tissus fibreux et des masses musculaires. Je vous ai même donné un aperçu de cette forme de la syphilis que j'appelle *névropathique*, à cause de la multiplicité des déterminations qui se font sur le système nerveux périphérique. On pourrait peut-être la caractériser plus exactement encore par l'épithète composée de *myo-névropathique*, car le système musculaire paraît aussi atteint que les nerfs. Ajoutons que cette forme se complique quelquefois d'un autre élément morbide qui a toutes les apparences d'une manifestation rhumatismale ou goutteuse, puisque ce sont les articulations qui deviennent le siége de la détermination. Et pourtant, chez les malades qui m'ont fourni le type le plus complet de la forme myo-névropathique de la syphilis, avec cette teinte plus ou moins accusée d'arthritisme, je n'ai presque jamais découvert d'antécédents de rhumatisme, soit chez l'individu lui-même, soit dans sa famille. Mais la syphilis est bien capable de remuer assez profondément l'organisme pour faire sortir de son sein et germer les semences d'un vice constitutionnel qui, sans son intervention, n'aurait jamais atteint le degré de vie nécessaire à la spontanéité morbide.

IV

Quant aux autres coïncidences pathologiques, je n'en vois aucune avec laquelle l'affection syphilitique du biceps ait quelque affinité particulière. Je l'ai rencontrée dans les formes sèches plutôt que dans les formes ulcéreuses des syphilides. Une seule fois j'ai noté la coexistence d'une

périostose précoce du front. Jamais je ne l'ai observée dans la syphilis viscérale. J'ai recueilli et publié un grand nombre d'affections syphilitiques du système nerveux central, survenues pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle, c'est-à-dire à l'époque la plus opportune, selon moi, pour l'affection bicipitale. Eh bien, je ne l'ai notée dans aucun cas. C'est là une circonstance digne d'être remarquée. N'indique-t-elle pas, en effet, l'absence de toute intervention des centres nerveux dans la pathogénie de cet état morbide? Je reviendrai sur ce point; mais d'avance, soyez assurés que ni le cerveau, ni la moelle n'en sont responsables. La lésion et le trouble fonctionnel ont leur siége et leur point de départ dans les fibres musculaires ou dans les filets nerveux qui les animent, peut-être dans tous les deux; mais toujours est-il que l'influence syphilitique s'exerce, en pareil cas, sur la périphérie des nerfs et sur certains groupes de muscles, et qu'elle ne provient point des centres. Elle n'y aboutit pas non plus; je me crois autorisé à le dire, n'ayant pas encore vu d'encéphalopathie ou de myélopathie survenir chez les individus atteints de l'affection bicipitale et ne l'ayant pas trouvée non plus parmi les antécédents de la syphilose cérébro-spinale.

V

Je serais fort empêché de vous parler des causes occasionnelles ; il m'a été impossible, malgré mes recherches, d'en découvrir chez mes malades une seule dont on dût tenir compte. Je ne vous dirai rien non plus de l'âge, du sexe, du tempérament, des causes hygiéniques et de toutes les autres conditions étiologiques communes. Je ne crois pas qu'elles prennent une part bien active au développement de l'affection bicipitale.

Je n'en dirai pas autant des circonstances physiologiques. C'est un point qui a été étudié avec beaucoup de perspicacité par M. le Dr Notta, et il y avait d'autant plus de mérite à le faire que personne ne s'en était occupé avant lui. « D'après les faits observés jusqu'à ce jour, écrivait ce médecin en 1850, on peut dire que ce sont toujours les fléchisseurs qui sont atteints de rétraction syphilitique. Est-ce parce qu'ils déploient une énergie de contraction plus fréquemment répétée et bien supérieure à celle des extenseurs, ou bien est-ce parce que l'antagonisme des extenseurs n'est pas assez puissant pour s'opposer à leur raccourcissement? Enfin, si les extenseurs n'en sont jamais atteints, car je n'en ai pas rencontré une seule observation bien probante, est-ce parce qu'ils sont dans des conditions diamétralement opposées à celles que nous venons d'indiquer pour les fléchisseurs ? Quoi qu'il en soit, on est en droit de penser qu'il y a là, pour ces derniers, une cause prédisposante de rétraction.

« Dans tous les cas que nous avons observés, la maladie ayant son siége à un des membres thoraciques, nous avons dû nous demander si l'usage plus fréquemment répété de ce membre avait pu favoriser le développement de l'affection. Sur cinq de nos malades qui étaient droitiers, la rétraction existait 3 fois au bras droit, 2 fois au bras gauche; un seul était gaucher, et elle s'était développée au bras gauche : ainsi, sur 6 malades, 4 fois la maladie a envahi les muscles du membre qui agissait le plus souvent. Ce résultat tendrait à nous faire croire que la contraction fréquemment répétée d'un muscle peut être une cause prédisposante de la rétraction syphilitique; cependant nous ferons nos réserves en attendant que de nouveaux faits viennent juger définitivement cette question (1). »

(1) Notta, *loc. cit.*, p. 422.

Je confesse que j'ai eu le tort de ne pas m'informer si mes malades étaient droitiers ou gauchers. Mais l'affection s'est montrée avec une prédominance marquée du côté gauche : 6 fois sur 9 cas. Dans les 3 autres, elle siégeait à droite ou des deux côtés. Je suis donc forcé de m'abstenir à ce sujet de toute conclusion. Quant à la prédilection de cet état morbide pour les fléchisseurs, elle est incontestable. Il ne faudrait pas croire pourtant que les extenseurs ne soient jamais atteints. J'ai eu soin de vous faire remarquer, dans plusieurs de mes observations, que le triceps brachial en particulier souffrait de la même façon que le biceps et présentait les mêmes phénomènes que l'affection bicipitale, mais en sens inverse ; c'est-à-dire qu'il mettait un obstacle à la flexion complète qui, à un certain degré, était entravée, douloureuse et même impossible. Quelle que soit l'interprétation qu'on tente pour expliquer ces bizarreries, il faut reconnaître qu'il n'est pas possible, pour le moment, de résoudre ce problème d'une manière satisfaisante.

Ce qu'on peut affirmer, c'est que le biceps brachial est le véritable lieu d'élection du phénomène. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Alors même que les autres muscles sont touchés, c'est toujours dans une proportion et à un degré incomparablement plus faibles que le biceps. « Chez nos 6 malades, dit M. Notta, la rétraction avait son siége 2 fois dans le biceps brachial seul, 2 fois dans le biceps brachial et le long supinateur, 1 fois dans le biceps brachial et dans les muscles postérieurs de la cuisse, enfin, 1 fois dans les fléchisseurs des doigts (1). »

(1) *Loc. cit.*, p. 421.

SECTION II

Caractères symptomatiques de la myopathie bicipitale. — Flexion forcée de l'avant-bras sur le bras : ses degrés. — De la flexion incomplète. — Myopathie tricipitale. — Ankylose musculaire du coude. — Intégrité de l'articulation.

État du tendon du biceps. — Il n'est le siége d'aucune production morbide apparente. — État du muscle biceps : sa forme, sa consistance, son raccourcissement actif et involontaire.

De l'élément douleur dans la myopathie bicipitale, ses principaux foyers : foyer du pli du coude, foyer péri-olécranien.— Douleur provoquée et fixe.—Douleur dans la myopathie tricipitale : son siége. — Douleur dans le corps du muscle. — Douleurs spontanées, irradiantes névralgiformes des *myo-névropathies*.—De la continuité et de l'intermittence dans la myopathie bicipitale. — Absence d'anesthésie cutanée.

Associations pathologiques de la myopathie bicipitale : arthropathies arthralgiques. — Rhumatisme et goutte : arthrites.

Complexité des phénomènes morbides.

Quelles que soient les causes accessoires et physiologiques qui favorisent l'apparition de cette espèce de myopathie, dans le cours de la syphilis, et sa localisation sur tel muscle ou tel groupe de muscles, toujours est-il qu'elle se présente, à peu de chose près, constamment avec la même physionomie. Je pourrais me dispenser de vous décrire sa symptomatologie, car j'ai eu soin de vous énumérer et de vous analyser chacun des phénomènes morbides dans les longs commentaires dont j'ai fait suivre toutes les observations. Mais il ne sera pas inutile de vous

en présenter un tableau d'ensemble et d'envisager l'affection au point de vue de la physiologie pathologique.

I

Prenons-la d'abord dans son plus grand état de simplicité. Le malade, qui a eu ou qui a actuellement des accidents syphilitiques sur la peau et sur les muqueuses, s'aperçoit, comme par hasard, que l'un des deux bras, ou quelquefois, mais rarement, tous les deux à la fois, ne fonctionnent pas comme à l'état normal. Il éprouve de la gêne, de la raideur dans le pli du coude; et, quand il veut étendre complétement l'avant-bras sur le bras, il constate l'impossibilité de ce mouvement dans toute son amplitude. S'il veut l'obtenir de force, il se produit une douleur vive dans le tendon du biceps, qui est rigide et tendu comme une corde au-dessous de la peau. Le trouble physiologique produit par un pareil état est très-faible au début. Il est rare, en effet, que nous ayons besoin d'obtenir, dans l'exercice pratique ou dans les mouvements automatiques de l'avant-bras sur le bras, une extension complète. Même quand nous avons les bras pendants, il existe toujours un petit degré de flexion. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, dans sa première phase, la myopathie bicipitale passe inaperçue. Peut-être y en a-t-il un nombre assez considérable qui, n'allant pas plus loin, restent ignorées des malades et du médecin.

Mais il est rare qu'elles s'en tiennent là : peu à peu, et presque toujours d'une façon très-lente, très-insidieuse, le mouvement d'extension devient de plus en plus limité. Quoique tous les autres mouvements de l'avant-bras sur le bras aient conservé leur liberté et leur amplitude, celui-

là est forcé de se restreindre dans des limites de plus en plus étroites; et, si on veut les lui faire franchir de force, on trouve un obstacle invincible qu'on est tenté de placer dans le tendon du muscle à cause de sa rigidité, de sa tension et de la saillie qu'il fait sous la peau. Le muscle au contraire semble inerte. La douleur alors devient fort vive. Le degré de flexion de l'avant-bras sur le bras est très-variable. J'ai vu des flexions depuis l'angle le plus obtus jusqu'à un angle aigu très-prononcé. M. Notta a eu l'heureuse idée de mesurer l'angle de flexion. Voici le tableau qu'il en a donné dans son mémoire.

Sinus de l'angle obtus formé par l'avant-bras fléchi sur le bras.	Durée de la maladie avant le traitement.
160°	15 jours.
135°	15 —
130°	8 —
90°	22 —

Il est bien évident que, toutes choses égales d'ailleurs, le trouble fonctionnel est en rapport direct avec le degré de la flexion forcée. Dans ce qui leur reste de liberté, les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras s'exécutent régulièrement et presque avec la même énergie qu'auparavant.

Mais il arrive quelquefois que la flexion complète se trouve empêchée elle aussi, qu'on ne peut l'obtenir que de force ou même pas du tout, et qu'elle provoque, comme l'extension forcée, une douleur dans la région du coude. Seulement cette douleur au lieu de siéger dans le pli du coude occupe plutôt les côtés de l'olécrane surtout l'interne, et la région inférieure du triceps brachial.

Lorsque, par le fait de cette double myopathie du biceps et du triceps, un avant-bras se trouve ainsi condamné à des mouvements très-restreints d'extension et de flexion,

il est comme ankylosé. C'est une sorte d'*ankylose musculaire*.

Le mot ankylose peint bien la situation respective des deux segments du membre ; mais je tiens à vous faire remarquer qu'il est absolument impropre, et je vous prie de n'y voir qu'un artifice de langage. Il n'existe en effet dans l'articulation du coude aucune des lésions qui conduisent à l'ankylose. J'ai eu beau l'explorer toujours avec la plus grande attention, je n'ai jamais pu parvenir à trouver, dans aucune de ses parties constituantes, le plus faible indice d'un travail morbide quelconque. J'ai vu des arthropathies syphilitiques du coude et je vous en ai cité un exemple. Là aussi l'extension complète ne pouvait pas être obtenue; mais cet empêchement avait sa cause dans l'inflammation des surfaces articulaires, dans l'hydarthrose, dans la douleur, et sans doute aussi dans la contraction instinctive des muscles et en particulier du biceps, qui se raidissent par action reflexe, pour immobiliser l'article et faire pour ainsi dire l'office d'attelles actives et intelligentes.

Donc, il est bien entendu, et je n'y reviendrai pas, que dans la myopathie dont nous nous occupons, les articulations sont intactes. En est-il de même des bourses synoviales et en particulier de celle du biceps ? C'est en elle que quelques auteurs ont placé la cause de l'affection. Ils pensent que l'inflammation de la bourse synoviale du tendon du biceps peut tout expliquer. D'abord cette inflammation n'a jamais été constatée d'une manière positive. Pour ma part je n'en ai jamais découvert la moindre apparence. Et à quels signes la reconnaissent ceux qui lui attribuent gratuitement un si grand rôle ? Que, quand elle existe, elle puisse prendre une part aux troubles fonctionnels, c'est possible. Mais ce serait envisager l'affection à un point de

vue bien étroit et bien superficiel que de la rattacher exclusivement à cette synovite hypothétique.

II

Le tendon du biceps dans cette myopathie est toujours dur, rigide, saillant, tendu comme une corde entre le muscle et son point d'insertion sur le radius. Il paraît aussi plus court qu'à l'état normal; enfin on le trouve dans le même état que pendant une violente contraction du muscle, et c'est le contraste entre cette tension et l'inertie apparente de la fibre musculaire, qui est vraiment curieux. Du reste la région du coude conserve sa physionomie normale : il n'y aucun empâtement dans le tissu cellulaire sous-cutané; la peau glisse avec facilité sur les parties sous-jacentes. Le tendon est libre et dégagé de toute adhérence morbide. Il a conservé sa structure normale. Je l'ai palpé dans tous les sens, latéralement, en dessous, en haut, en bas, sans trouver en lui aucun changement matériel, aucun épaississement, aucune nodosité.

Occupons-nous maintenant de l'état du muscle. Je vous ai dit qu'il était flasque et qu'il ne *paraissait* pas contracturé. On ne le trouve pas en effet ramassé sur lui-même, dans toutes ses parties, et d'une façon homogène, comme lorsqu'on lui fait exécuter une contraction volontaire. On en peut juger, quand un seul côté est affecté, en commandant au bras sain un degré de flexion volontaire semblable au degré de la flexion forcée. Le biceps qui a produit la flexion volontaire et qui la maintient est plus dur et plus gonflé que le muscle malade. Mais il ne faudrait pas croire cependant que le muscle malade soit dans un état de flaccidité absolue. Loin de là. C'est un fait sur lequel j'ai fixé votre attention au sujet de mon premier malade. Vous

vous rappelez que le corps du biceps gauche, ramassé sur lui-même, se renflait en une masse presque globuleuse qui est devenue peu à peu piriforme, à mesure que la guérison s'effectuait. Au premier aspect on aurait pu supposer qu'il se trouvait dans un état violent de contracture ; mais sa consistance ne répondait pas à l'idée que suggérait sa forme, et je vous faisais remarquer que n'ayant pas la flaccidité d'un muscle au repos, il n'offrait pas cependant la fermeté, la dureté du tissu musculaire, en état de contraction volontaire ou involontaire, et qu'il ressemblait à un muscle atteint d'un léger degré de crampe plutôt qu'à un muscle contracturé.

Ainsi, messieurs, suivant que le degré de la flexion forcée est plus ou moins considérable, plus ou moins prononcée aussi est la forme globuleuse du muscle, qui indique dans une certaine mesure et d'une certaine façon le *raccourcissement actif* des fibres musculaires.

Si on palpe le muscle ainsi revenu sur lui-même, on ne constate dans son épaisseur ou à sa surface aucune induration étalée et diffuse ou circonscrite sous forme de tumeur. Les doigts sentent partout la consistance propre au tissu musculaire, dans un état de demi-contraction. Cette consistance varie : elle devient plus grande si le muscle se contracte pour obtenir une flexion plus prononcée ; elle augmente aussi, mais peu, si on veut forcer l'extension. L'obstacle à l'extension complète paraît tenir à un raccourcissement réel des fibres musculaires, contre lequel l'intervention de la volonté est tout à fait impuissant.

III

Jusqu'à présent, je ne vous ai pas parlé de la douleur; elle occupe cependant une place importante dans la symptomatologie de la myopathie du biceps et des myopathies

analogues. J'ai cherché à en fixer le siége d'une manière aussi précise que possible, et voici ce que j'ai constaté : Un de ses principaux foyers est placé dans le pli du coude, sur le trajet du tendon, habituellement à son côté interne, et plus près de l'insertion des fibres musculaires que du radius. Dans le membre inférieur un foyer qui se rapproche beaucoup de celui du tendon du biceps par son siége et le caractère de la douleur, c'est celui qui occupe le tiers inférieur du creux poplité et l'extrémité supérieure des gastro-cnémiens.

Pendant l'immobilité des membres atteints, la douleur ne se fait pas sentir. Sauf dans les variétés névralgiformes de l'affection, elle n'est presque jamais spontanée ; elle ne se manifeste que lorsqu'on veut obtenir l'extension par force. C'est alors qu'elle atteint sa plus grande intensité. On peut la susciter aussi, mais pas toujours, ni surtout au même degré, en exerçant une pression plus ou moins vive sur le tendon, sur ses côtés, ou au point d'implantation des fibres musculaires du biceps, c'est-à-dire tout à fait à la partie inférieure de son corps charnu. Je n'ai pas remarqué que la douleur fût plus vive au niveau de la bourse synoviale du tendon ; et, comme d'autre part je n'ai pas constaté en ce point de tuméfaction ni de rénitence, je suis en droit d'en conclure que, dans aucune de mes observations, il n'existait de synovite.

Voilà quel est le principal lieu d'élection de la douleur dans les cas simples, dans ceux où il n'existe pas d'irradiations névralgiformes. Un autre foyer important c'est celui que j'appellerai péri-olécranien, parce qu'il est situé au pourtour de l'olécrane ; mais là encore il se concentre plus spécialement entre l'épitrochlée et l'olécrane et dans la partie la plus inférieure de la masse du triceps. Il accuse l'état maladif de ce dernier muscle. On l'observe en effet, lorsque la *flexion complète* de l'avant-bras sur le bras ne

peut pas être obtenue volontairement ou par force. Il constitue donc un symptôme de la myopathie tricipitale. Il présente les mêmes caractères et il a la même signification que la douleur du pli du coude et de la partie inférieur du biceps dans la myopathie bicipitale.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous rapporter les remarques de M. le Dr Notta, sur la douleur dans l'affection syphilitique du biceps.

« Dans nos observations, dit cet excellent observateur, le muscle contracté, entrant en contraction et par conséquent fléchissant le membre, il n'y avait aucune douleur sur le trajet du muscle, ni au niveau de ses insertions, même lorsque le malade soulevait un poids considérable ; dans un cas seulement, il y avait une très-légère douleur au niveau de l'insertion radiale du biceps. — Si au contraire, en disant au malade de laisser aller son membre, et de relâcher complétement le muscle rétracté, on cherchait à l'étendre au delà des limites permises par la rétraction, on déterminait une douleur vive, non pas dans le corps charnu, mais seulement au niveau de l'insertion inférieure du muscle, dans quatre cas ; dans le cinquième, la douleur se développait au niveau de ses deux insertions ; enfin dans le sixième, on ne causait aucune douleur. Il est impossible de se rendre compte de l'apparition de cette *douleur au niveau des insertions tendineuses dans l'extension forcée, tandis qu'elle n'existe pas lorsque le muscle est fortement contracté et lutte contre une puissance qui tend à l'allonger*. Dans les deux cas, il y a tension de l'extrémité tendineuse, et cependant le résultat est bien différent. Remarquons bien que nous n'avons pas affaire à un fait exceptionnel ; car il s'est rencontré dans toutes nos observations, moins une : aussi ne peut-on pas se demander

s'il n'est pas particulier à la rétraction syphilitique (1) ? »

Je m'associe entièrement aux réflexions si judicieuses de M. le D[r] Notta. Ces derniers phénomènes, je les ai observés comme lui, et, comme lui, je suis dans l'impossibilité de les expliquer.

Que le muscle atteint de cette myopathie spécifique soit dans l'état de relâchement ou de contraction, il est habituellement indolent. Quelquefois les malades y ressentent de la fatigue, de la courbature, quelque chose de semblable à des crampes sourdes ; et ces sensations vagues, continues ou intermittentes s'exaspèrent souvent au milieu de la nuit. Elles prouvent que la sensibilité, comme la contractilité musculaire, est touchée spécifiquement et que l'affection n'est pas limitée aux seuls éléments tendineux du muscle. Quand ces douleurs ne sont pas spontanées, il y a des cas où on peut les faire naître en pressant le corps du muscle ou mieux encore ses extrémités qui sont plus sensibles, surtout l'inférieure. On dirait même que sur certains points la sensibilité morbide est plus développée que sur d'autres, et il m'a semblé qu'à ce niveau la consistance du muscle était plus ferme, tout en restant homogène dans son ensemble, et sans présenter les indurations diffuses et les nodosités gommeuses circonscrites qu'on observe dans les autres espèces de myopathies syphilitiques.

III

Après vous avoir décrit les douleurs tendineuses et musculaires qui font pour ainsi dire partie essentielle de la myopathie bicipitale, que nous prenons toujours comme type, parce qu'elle est l'expression la plus complète de cette affection musculaire, il me reste à vous parler des douleurs

(1) Notta, *loc. cit.*, p. 427.

irradiantes ou névralgiformes qui se développent çà et là dans les segments des membres inférieurs et supérieurs, surtout dans ces derniers. Elles sont tellement accusées dans quelques cas qu'elles impriment un caractère complexe à l'état morbide, lequel mérite alors la dénomination que je lui ai donnée de *myo-névropathie*. Les sujets qui en sont atteints présentent à un degré plus ou moins élevé les symptômes de la syphilis névropathique dont je vous ai déjà tracé une esquisse. Chez les hommes la périphérie du système nerveux de la vie de relation est habituellement la seule qui soit affectée. Mais chez les femmes, et en général chez les sujets prédisposés par leur constitution, leur tempérament ou les conditions constitutionnelles ou transitoires de leur santé, aux maux de nerfs, les souffrances ne restent pas circonscrites à la superficie du corps; elles pénètrent plus profondément, atteignent le système nerveux de la vie végétative et donnent lieu à des névropathies plus ou moins graves des principaux viscères.

Je ne vous parlerai que des douleurs qui se rattachent aux myopathies et se combinent avec elles dans les proportions les plus variables. Ce sont par ordre de fréquence des douleurs vagues, sourdes ou crampoides dans les muscles, se détachant sous forme paroxystique sur un fond continu et permanent de courbature et de lassitude musculaires. Plus tard ou en même temps se produisent de véritables douleurs névralgiques, irradiantes, à direction incertaine, mais toujours d'un long jet, qui se promènent sur différents nerfs des membres et se localisent quelquefois sur un seul. Dans ce dernier cas, la névralgie se fixe; elle a des caractères tranchés et on peut la suivre sur le nerf qu'elle a envahi. Les plus communes, parmi celles que j'ai observées en même temps que la myopathie bicipitale ou celle des autres muscles, ce sont les névralgies axillaire et cubitale, plus rarement les névralgies crurale et scia-

tique. Elles surviennent d'ordinaire, ainsi que les douleurs musculaires erratiques, quelque temps avant l'affection bicipitale, de telle sorte que celle-ci semble en être une conséquence. Il n'est pas douteux que, si elle n'en provient pas directement, elle procède de l'influence pathologique qui domine en ce moment sous la forme névropathique que je viens de vous décrire, et se détermine çà et là sur les diverses régions du système nerveux périphérique.

Je n'ai pas besoin de vous dire que ces manifestations douloureuses sont toujours spontanées. Quant à la myopathie bicipitale ou autre, qui survient comme épiphénomène, elle ne diffère point de celle qui est essentielle ou non précédée ni accompagnée de douleurs irradiantes. Pourtant c'est dans ces myo-névropathies que j'ai constaté une certaine intermittence dans l'état de contracture spéciale du muscle biceps. Presque toujours l'affection bicipitale est continue depuis son début jusqu'à sa terminaison : elle croît lentement, reste stationnaire plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois, puis diminue insensiblement. Il n'en est pas ainsi dans les myo-névropathies dont je vous parle ; il m'a semblé qu'elles suivaient un processus d'une allure moins régulière, qui présentait des aggravations ou des rémittences, un peu semblables aux alternatives qu'on observe dans les contractures purement nerveuses et qui n'ont aucune teinte de spécificité. Les observations V et VI offrent des exemples frappants de ces intermittences. Je vous ai fait remarquer qu'il fallait voir dans cette particularité l'indice d'une perturbation dynamique (1).

(1) Pour compléter ce qui est relatif au phénomène *Douleur*, dans la myopathie bicipitale, j'emprunte encore les lignes suivantes au mémoire de M. Notta :

« Dans aucun cas, la pression n'a éveillé de douleur au niveau du corps charnu du muscle; mais il n'en est pas de même des ex-

IV

Les troubles de la sensibilité dans les myopathies syphilitiques, dont celle du biceps est le type, se réduisent toujours à des phénomènes douloureux spontanés ou provoqués, fixes ou irradiants. Alors même qu'elles se compliquent de névropathies disséminées sur les extrémités du système nerveux, la peau n'est pas atteinte; elle conserve tous ses modes de sensibilité. L'anesthésie ne fait point partie de la symptomatologie syphilitique. Sans doute on peut la rencontrer chez la femme, mais jamais chez l'homme. Aussi est-il tout naturel de la rattacher à l'hystérie plutôt qu'à la syphilis.

Parmi les coïncidences ou plutôt les associations pathologiques de la myopathie syphilitique, les arthropathies occupent une grande place. Au premier abord on serait même tenté de croire que dans l'articulation du coude siége la principale lésion; que ses ligaments antérieurs sont devenus trop courts; que l'olécrane s'est tuméfié et ne peut plus se loger dans sa cavité; ou bien, dans les formes dou-

trémités tendineuses, qui 4 fois ont été douloureuses à la pression, au point même de leur insertion; dans le cinquième cas, il y avait de la douleur sur le tendon du biceps, dans une étendue de 2 centimètres au milieu de l'intervalle qui sépare l'insertion radiale des fibres charnues; enfin, lorsque le muscle s'insère à l'os par des fibres charnues, comme le long supinateur, il peut y avoir de la douleur à la pression au point précis de cette insertion; c'est ce que nous avons constaté dans 2 cas où la rétraction de ce muscle existait avec celle du biceps. Cette douleur à la pression existait tantôt au niveau des deux extrémités du muscle; d'autres fois on ne la développait qu'à une seule de ses insertions; elle a manqué dans un seul cas, et c'était chez le malade chez lequel il n'y avait pas de douleur dans l'extension forcée. Malgré cette exception, la douleur à la pression, au niveau des insertions du muscle, paraît constituer un symptôme important. » (Notta, *loc. cit.*, p. 427-428.)

loureuses, que l'inflammation sèche de la synoviale suscite par action réflexe la contracture musculaire destinée à empêcher l'amplitude extrême des mouvements de l'avant-bras sur le bras. Et cependant il n'en est rien. Maintes fois je me suis assuré, par les explorations les plus minutieuses, que toutes les parties constituantes de l'articulation du coude étaient parfaitement intactes. Il en était de même de celles du genou, quand les fléchisseurs ou les extenseurs de la jambe sur la cuisse étaient atteints de la myopathie semblable à celle du biceps. Ainsi donc il est bien établi que les arthropathies ne prennent aucune part directe active et primitive dans la pathogénie des phénomènes. Lorsque les articulations sont malades, les muscles qui les font mouvoir se mettent quelquefois dans un état de contracture réflexe. Mais cette contracture ne ressemble point à la contracture syphilitique : elle embrasse un groupe plus considérable de muscles; elle leur laisse moins de jeu; elle ne leur permet pas d'agir, dans un sens, comme à l'état normal, et ne les arrête pas à certaines limites, dans un sens opposé, etc.

Mais si les articulations ne sont pas en général matériellement malades, elles deviennent quelquefois douloureuses. Les arthralgies doivent être notées parmi les phénomènes douloureux qui coïncident avec l'affection bicipitale. On dirait que l'organisme se trouve alors sous une double influence morbide syphilitique et rhumatismale ou goutteuse, qui combine ses effets dans des proportions variables et attaque simultanément les muscles, les nerfs et les jointures. J'ai vu l'affection articulaire aller au delà d'une simple arthralgie : il se produit alors une véritable arthrite. Cette arthrite siégeait une fois dans les deux gros orteils, si bien qu'on eût pu croire que la syphilis avait suscité chez le malade une véritable attaque de goutte.

Vous voyez, messieurs, que dans les affections les plus

simples et les plus circonscrites en apparence, on découvre, quand on cherche à aller au fond des choses, une multiplicité d'éléments morbides dont il est difficile de déterminer la signification. Il serait plus commode, au point de vue descriptif, de les élaguer et de ne vous montrer que la myopathie bicipitale dégagée de tout ce qui peut compliquer et obscurcir son histoire. Elle est déjà bien obscure par elle-même ! Mais je vous ai dit souvent et je vous le répète aujourd'hui, que la nature est essentiellement complexe dans ses opérations, même les plus minimes ; que chacun de ses actes, se rattachant par des liens infinis, visibles ou invisibles à tous les autres, et puisant comme eux son principe dans les forces générales qui constituent la vie organique, il en résultait toujours un enchevêtrement d'action et de réaction dont la sphère grandit suivant le rôle que jouent l'organe et la fonction. Aussi la science de la vie physiologique et surtout celle de la vie morbide est-elle une des plus difficiles et des plus impénétrables. Il n'y a pas de petites choses en médecine : l'affection la plus circonscrite, la plus insignifiante, la plus bénigne doit être observée, retournée dans tous les sens, étudiée sous toutes ses faces avec le même soin et la même scrupuleuse attention que les fièvres ou les graves maladies des viscères. C'est parce que je suis convaincu de la nécessité d'une pareille méthode, que je ne crains pas de vous paraître trop minutieux en poursuivant aussi loin que je le puis, et avec toutes les ressources de l'analyse dont nous disposons, des sujets d'étude qui étaient restés ignorés jusqu'à présent, ou qu'on n'avait fait qu'entrevoir.

SECTION III

Considérations sur le processus. — Durée, terminaison. — Guérison spontanée, au bout de plusieurs mois, de la myopathie bicipitale. — Influence du traitement. — L'atrophie et la paralysie du muscle ne sont pas la conséquence de cette myopathie.

Diagnostic : spécificité de l'affection dans ses causes et ses symptômes. — Contractures réflexes symptomatiques des arthropathies. — Diagnostic différentiel.

Valeur pronostique de la myopathie bicipitale : au point de vue de la santé générale, de la nutrition du muscle, de la maladie constitutionnelle. — Son caractère résolutif. Doutes sur l'existence de la contracture syphilitique interne.

Traitement. Médication mixte : — Action préventive et action curative de l'iodure du potassium et du mercure.

I

Sur la durée et sur la terminaison, je n'aurai pas beaucoup à m'étendre. Je vous ai déjà dit que le processus s'effectuait sourdement et avec une grande lenteur. Il ne faut pas vous attendre à obtenir une guérison rapide. Si l'affection est abandonnée à elle-même, il est rare qu'elle ne se prolonge pas plusieurs mois. On a même vu des cas où elle a duré plusieurs années. Mon observation personnelle ne m'a rien montré de pareil. Tous mes malades ont guéri au bout de quelques mois. Mais il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi. « Dans le cas de rétraction des fléchisseurs des deux derniers doigts de la main, dit M. Notta (1), le raccourcissement du muscle n'ayant pas été enrayé par le

(1) *Loc. cit.*, p. 430.

traitement, amena une flexion complète de ces doigts, et, quoique l'affection datât de 4 ans, le corps charnu du muscle ne présentait aucune modification, du moins appréciable au toucher et à la vue. Le corps charnu du muscle était également sain sous tous les rapports, dans un cas dans lequel la maladie durait depuis 3 ans 1/2, et dans un autre cas qui datait de 8 mois; de telle sorte que nous pouvons conclure que la rétraction syphilitique que nous décrivons ici n'a pas de tendance à paralyser et à atrophier les muscles qu'elle affecte. En est-il toujours ainsi? C'est ce que nous ne saurions dire, nous nous bornerons ici à donner le résultat de nos observations. »

Il est rare que la myopathie bicipitale ait une durée aussi longue que dans les deux faits rapportés par M. Notta. Même si on ne la traite pas, elle finit par disparaître spontanément, mais après être restée très-longtemps stationnaire ou avec des oscillations insignifiantes ; et, quand elle décroît, ce n'est que peu à peu et presque insensiblement que s'agrandit l'angle de l'avant-bras sur le bras.

La terminaison est donc en général favorable. Je ne crois pas qu'il y ait jamais à craindre une infirmité consécutive incurable. Dans les cas les plus rebelles, les plus longs, nous avons le traitement auquel l'affection ne résiste pas, bien qu'on n'arrive pas toujours à la faire disparaître avec la même rapidité que certains accidents syphilitiques contemporains.

II

La question du diagnostic ne présente aucune difficulté. Lorsqu'on voit survenir peu à peu, sans cause occasionnelle, en dehors de toute affection rhumatismale, de toute maladie antérieure ou actuelle du système nerveux, une

flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, il faut la rattacher à la syphilis. Je vous le répète, il n'existe aucune influence étiologique locale ou générale, autre que la maladie constitutionnelle, qui donne lieu à la singulière myopathie dont nous nous occupons. La détermination exclusive ou prédominante sur le muscle biceps est un élément de diagnostic qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit. Que les autres muscles fléchisseurs ou extenseurs soient aussi touchés en même temps, peu importe. Mais si le biceps n'était pas atteint, et si les symptômes de la myopathie se montraient dans un ou plusieurs muscles qui n'en sont pas habituellement affectés, il serait difficile de se prononcer sur sa nature, à moins qu'elle ne coïncidât avec une poussée d'accidents syphilitiques cutanés, muqueux ou autres, et qu'en dehors de la syphilis il fût impossible de découvrir une autre cause.

M. Notta a observé, dans le service de Nélaton, une rétraction des péroniers latéraux ; comme elle s'était produite graduellement, et que son processus était chronique, elle offrait quelque ressemblance avec la myopathie syphilitique. Mais, outre l'absence d'antécédents spécifiques, la douleur à la pression sur tout le trajet du muscle, et l'intensité variable de la rétraction qui augmentait quand le malade marchait et disparaissait presque sous l'influence du repos, parurent à M. Notta des raisons suffisantes pour exclure de son étiologie l'intervention de la maladie constitutionnelle. Je crois toutefois que l'indolence de tout le corps charnu du muscle à la pression n'est pas aussi absolue que le pense ce médecin ; et que, de plus, dans certaines variétés de myo-névropathies syphilitiques, dont je vous ai donné des exemples, il se présente parfois des alternatives de raccourcissement et d'allongement. La douleur à la pression sur le trajet des fibres tendineuses et à leur point d'insertion est un symptôme d'une grande valeur. Enfin, il y a

dans la physionomie de cette affection quelque chose de si particulier, de si spécifique, qu'on ne peut l'oublier après l'avoir constaté.

Il importe toujours de s'assurer, par toutes sortes d'explorations minutieuses et répétées, que les articulations sont intactes, ainsi que les gaînes ou les bourses synoviales. Du moment qu'on a constaté leur intégrité, il est clair que la myopathie ne rentre pas dans la catégorie des contractures réflexes qui peuvent se produire instinctivement autour des jointures pour les immobiliser. Elle a donc pour siége le muscle, ses attaches tendineuses ou ses nerfs (1).

(1) Voici quels sont les arguments de M. Notta pour réfuter les objections de ceux qui rattachent les myopathies du biceps et des autres muscles à une contracture réflexe suscitée par les arthropathies syphilitiques, etc.

« 1° La douleur dans l'extension forcée était très-nettement limitée aux insertions tendineuses des muscles, et n'existait nullement sur la capsule articulaire : dans un cas même, il n'y avait aucune douleur dans l'extension forcée, au niveau de l'insertion musculaire, ni au niveau de l'articulation.

« 2° Tous les mouvements permis par le raccourcissement du muscle étaient indolents, et l'articulation dans tous les cas était parfaitement saine.

« 3° Lorsque l'on cherchait à étendre le membre, en recommandant au malade de relâcher ses muscles, le muscle rétracté ne se contractait pas, et il était facile de voir que son défaut de longueur seul limitait le mouvement.

« 4° Les douleurs des articulations, limitées surtout à leur partie antérieure, ne se rencontrent généralement que dans la période secondaire. Or, chez trois de nos malades, la rétraction s'est manifestée pendant la période tertiaire, et, chez les trois autres, à une époque avancée de la période secondaire.

« 5° Si la contraction du muscle eût été due à la douleur articulaire, elle eût été variable, c'est-à-dire qu'elle n'eût pas donné lieu à un raccourcissement du muscle qui était constamment le même ; enfin,

III

Le pronostic de cette affection ne présente aucune gravité, si on l'envisage au point de vue de la santé générale. La myopathie bicipitale n'est point en effet l'indice d'une de ces syphilis graves ou malignes qui perturbent profondément les grandes fonctions et jettent les malades dans un état cachectique. Les troubles fonctionnels qu'elle entraîne sont simplement incommodes, et n'altèrent en rien la nutrition. Quoiqu'elle ait de la tendance à se perpétuer indéfiniment, elle guérit cependant d'elle-même, comme beaucoup d'autres manifestations syphilitiques, et, à plus forte raison, lorsqu'on la soumet au traitement spécifique qui lui convient. Quelle que soit sa durée, elle n'altère point la structure du muscle, ni celle de son tendon. Peut-elle devenir permanente, atrophier le muscle, entraîner sa dégénérescence graisseuse ou fibreuse, raccourcir ou ossifier son tendon? J'ai la conviction que la myopathie dont je vous parle n'entraîne aucune de ces conséquences extrêmes, qu'on observe dans d'autres myopathies plus graves dont je vous parlerai plus tard. Elle est essentiellement résolutive comme les hypérémies et les inflammations sous-cutanées, muqueuses, périostiques ou osseuses de la première phase de la syphilis.

Reste-t-elle toujours limitée aux muscles des membres, aux muscles de la vie de relation? Ne pourrait-elle pas envahir les muscles internes et y déterminer des contractures funestes? Eh bien, je ne le pense pas. Pour ma part

dans plusieurs observations, la douleur au niveau des insertions tendineuses existait encore avec une grande intensité, lorsque la rétraction avait disparu sous l'influence du traitement. » (*Loc. cit.*, p. 438.)

je n'en ai jamais observé aucun cas. J'ai lu une observation fort intéressante que Deville a publiée en 1845 dans les *Bulletins de la Société anatomique*, et qu'il a intitulée *Tétanos syphilitique chronique* (1). Un nombre assez considérable de muscles avaient été envahis par la contracture, même les muscles du pharynx que l'on ne pouvait franchir avec une sonde œsophagienne. Je doute beaucoup que cette affection fût syphilitique. Je ne vois là qu'un cas de névrose tétaniforme généralisée, où la syphilis, si tant est qu'elle soit intervenue, n'a joué qu'un rôle fort effacé. Et d'ailleurs ce spasme œsophagien, fût-il syphilitique, est tellement exceptionnel, qu'il est presque inutile de s'en préoccuper dans la question du pronostic.

On a parlé aussi des rétractions permanentes du sphincter de l'anus ; elles existent, mais avec d'autres lésions de la muqueuse anale ou rectale, telles que plaques muqueuses, fissures, rhagades, etc., qui les suscitent par action reflexe; ou bien elles sont produites par des infiltra-

(1) Voici un résumé de l'observation recueillie par Deville, qu'il a intitulée : *Tétanos syphilitique*.

« Angine syphilitique accompagnée de divers symptômes, tels que des rétractions et des paralysies musculaires produisant un torticolis, la dysphagie, et une asphyxie terminée par la mort. — Femme âgée de 27 ans, cachectique. Dyspnée extrême. Torticolis inclinant la tête vers la clavicule droite. — Côtes abaissées, retirées en bas et en arrière, comme dans une expiration forcée, immobiles, même dans les plus grandes inspirations. — Respiration diaphragmatique.

« Trismus. Impossibilité d'avaler et d'introduire la sonde œsophagienne, mort.

« Autopsie : rien dans les centres nerveux. Vingtaine d'ulcérations pharyngées de 1 cent. de diamètre, profondes, déchiquetées. Extension des muscles masséters, pharyngiens, œsophagiens, etc. La contracture pharyngienne agissait sur le larynx pour le rétrécir. Paralysie des intercostaux. » (*Bulletins de la Société anatomique*, 1845, p. 276.)

N'est-il pas permis d'élever des doutes sur la nature syphilitique d'une pareille affection ?

tions gommeuses, etc. Elles diffèrent donc complétement de l'affection bicipitale et appartiennent à une autre classe de myopathies syphilitiques.

IV

Le traitement spécifique exerce une action marquée quoique lente sur le biceps et les autres muscles touchés par la syphilis. Sous son influence, j'ai vu des myopathies qui depuis longtemps étaient stationnaires, diminuer peu à peu et disparaître en un temps beaucoup plus court assurément qu'elles ne l'auraient fait, si on les eût abandonnées à leur marche naturelle. J'emploie toujours une médication mixte; elle m'a semblé beaucoup plus efficace que le mercure et l'iodure administrés séparément. Lequel des deux est le plus efficace? Je ne saurais vous le dire avec certitude. Cependant l'iodure me paraît avoir une action plus prompte et plus apparente que l'hydrargyre, il fait disparaître rapidement les douleurs. Quant à son action résolutive, elle doit être au moins égale sinon supérieure à celle du mercure.

Dans aucun de mes cas je n'ai eu besoin de recourir à une médication topique. M. Notta s'est bien trouvé de faire appliquer des vésicatoires *loco dolenti.* Je pense que c'est inutile. L'iodure à hautes doses suffit presque toujours. On pourrait recourir aux onctions calmantes, aux frictions, aux malaxations qui m'ont semblé quelquefois diminuer la contracture du muscle.

Si l'iodure et le mercure guérissent ou facilitent la guérison, ils ne préviennent pas la myopathie. Je l'ai vue survenir chez des individus qui, comme mon premier malade, avaient été traités très-énergiquement, jusqu'à salivation, à plusieurs reprises, ou qui étaient encore soumis à l'ingestion des deux spécifiques.

SECTION IV

Considérations pathogéniques sur la myopathie syphilitique du biceps. Nécessité d'une analyse microscopique de la fibre musculaire.

État de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires : leur diminution dans la myopathie bicipitale. Cette diminution est inégalement répartie dans la masse du muscle.

Contracture spéciale du tissu musculaire sous l'influence de la syphilis. Cette contracture constitue essentiellement l'affection. Inertie du tendon. — Inégale répartition de la contracture dans le muscle.

État des nerfs. — Nature de l'action syphilitique qui se détermine sur les muscles : elle est hypérémique et résolutive. — S'établit-elle aussi sur les fibres nerveuses du muscle?

Généralisation de l'affection. Son affinité inexplicable pour le biceps.

I

Après vous avoir exposé et analysé les faits, après vous avoir donné une description aussi complète qu'il m'a été possible de l'affection syphilitique du biceps et des myopathies analogues, il ne mé reste plus qu'à vous dire quelques mots des hypothèses physio-pathologiques qu'elle suggère. Ce n'est pas là une tâche facile, et vous avez dû pressentir par tout ce que je vous ai dit déjà que je ne suis arrivé à rien de positif. C'est que l'anatomie pathologique nous fait défaut. Sans elle nous ne pouvons arriver à aucune certitude. Aussi, messieurs, ai-je souvent regretté de n'avoir pas tenté d'analyser microscopiquement les fibres musculaires du biceps chez mon premier malade, qui présentait le type le plus accompli que j'aie vu de cette myopathie.

J'aurais pu plonger dans l'épaisseur du muscle le petit instrument dont se servait Duchesne, et en retirer, sur plusieurs points, une quantité de matière musculaire suffisante pour la soumettre à l'examen microscopique. Aurais-je trouvé les fibres intactes? Ou bien aurais-je constaté en elles un nombre anormal de granulations graisseuses, du boursoufflement, un défaut de netteté dans les striations transversales, les lésions analogues à l'état vitreux décrites par Zenker dans les fièvres graves, de l'atrophie de l'hypertrophie, des phénomènes d'hypérémie ou de prolifération cellulaire irritative dans le sarcolemme, etc., etc. ? Je l'ignore. Toujours est-il qu'un résultat même négatif nous aurait fourni un élément qui nous manque pour résoudre le problème. Je sens trop maintenant la nécessité de le posséder, pour ne pas chercher à le découvrir dès qu'une nouvelle occasion se présentera.

Vous vous rappelez que j'ai tâché de me rendre compte des altérations pathologiques du muscle, en interrogeant, au moyen d'excitations, l'état de sa contractilité. Lorsque j'ai employé le procédé très-simple du seul pincement brusque, j'ai constaté que le bourrelet contractile qui en résulte pouvait être provoqué, à droite, sur le biceps sain, aussi souvent qu'on le voulait; tandis que, à gauche, c'est-à-dire sur le biceps malade, il me fut toujours impossible de l'obtenir. A droite, la sensation crampoïdale déterminée dans la masse musculaire par le pincement et la formation du bourrelet se manifestait très-nettement; à gauche au contraire, ce même procédé d'exploration ne faisait naître qu'une vague sensation douloureuse. Ainsi, d'une part, diminution de l'énergie contractile provoquée par l'excitation, d'une autre part, émoussement de la sensibilité musculaire, tel est le premier résultat que j'ai obtenu par ce genre d'expérimentation.

Mais il était trop élémentaire pour fournir des notions

satisfaisantes et j'eus recours à l'électricité. Eh bien, l'exploration électrique n'a fait que confirmer, en les corroborant ces premières notions. Lorsque je fis passer un courant galvanique dans le biceps malade, à l'époque de sa plus grande rétraction, je vis que le muscle ne répondait que très-peu à cette énergique excitation; et non-seulement il restait inerte, mais il ne percevait que faiblement la sensation que provoque dans les muscles le passage du courant galvanique.

Il fut donc bien établi pour moi, que, dans la myopathie syphilitique du biceps, il y avait simultanément :

1° Affaiblissement ou paralysie du pouvoir excito-moteur :

2° Affaiblissement ou paralysie de l'élément sensitif du muscle.

Les lésions de la sensibilité et du mouvement musculaire étaient inégalement réparties dans le biceps. Je les trouvai moins prononcées dans les faisceaux internes que dans les externes. De plus, elles ne persistèrent pas longtemps au même degré. Trois jours après la première exploration, l'excitabilité et la sensibilité électro-musculaires étaient beaucoup moins faibles que lors de la première expérience. Plus tard elles se rapprochèrent de plus en plus de l'état normal, tout en restant, pendant quelques jours, infiniment moins promptes, moins vives que dans le biceps sain.

La myopathie bicipitale était alors dans sa période d'involution et sous l'influence du traitement; l'angle de l'avant-bras sur le bras, s'ouvrait chaque jour de quelques degrés l'état globuleux du muscle ramassé sur lui-même, sa consistance, son raccourcissement, diminuaient aussi; la tension du tendon n'était plus aussi rigide, etc. Tous les phénomènes provoqués par l'expérimentation ou appartenant aux symptômes habituels de la myopathie subissaient donc simultanément au même degré, et avec une harmonie parfaite, les

mêmes phases, dans leur retour aux conditions de l'état physiologique.

Aussi n'est-il pas douteux pour moi que le muscle est atteint, et que, par le fait de l'influence syphilitique, il se trouve en un *état particulier de contracture* pendant toute la durée de la myopathie. *C'est dans le muscle que je place le siége principal de l'affection.*

III

Mais, m'objecterez-vous, le tendon qui est si dur, si rigide, si tendu, et sur lequel se concentrent pour ainsi dire les phénomènes douloureux, qu'en faites-vous? Quel rôle lui assignez-vous?

Selon moi, messieurs, ce rôle est passif, si rien peut être passif dans les parties vivantes, surtout quand elles sont aussi étroitement unies que le muscle et son tendon. Je ne veux donc pas dire que le tendon bicipital se trouve en dehors de l'influence syphilitique. Il est sans doute malade, quoique rien ne fasse découvrir en lui de lésion bien évidente; mais ce n'est pas lui qui par sa *rétraction est la cause de la flexion forcée.* Cette cause, elle réside en réalité dans le muscle lui-même. Est-ce qu'un tendon rétracté au point de fléchir à angle aigu l'avant-bras sur le bras, conserverait les conditions anatomiques de son état normal. Est-il véritablement raccourci? S'il l'est (et il paraît l'être), il ne l'est pas beaucoup plus que ne *paraît* l'être aussi le tendon d'un biceps sain pendant la contraction de son muscle. Je persiste donc à penser que la cause active de la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, c'est l'état de contracture du biceps.

On pourrait encore objecter à cette manière de voir la

flaccidité et le peu de dureté du muscle malade. Mais ne vous ai-je pas montré que la consistance du biceps atteint de myopathie, était loin d'être la même que celle du muscle sain, quand il est au repos? Ne vous ai-je pas fait voir qu'il était globuleux ou piriforme, épaissi, raccourci, comme un muscle revenu sur lui-même? Sont-ce là, je vous le demande, les caractères d'un muscle sain, au repos?

J'avoue que ce mode de contraction ne donne pas au biceps la même physionomie que la contraction volontaire portée à peu près au degré qu'exigerait une flexion naturelle semblable à la flexion forcée. Certes, dans l'acte volontaire, il y a une synergie fonctionnelle qui ne peut pas exister dans un acte morbide et involontaire : tous les faisceaux, toutes les fibres musculaires entrent alors en jeu, dans toute l'épaisseur du muscle. Je serais tenté de croire que, dans les muscles syphilitiquement contracturés, tous les faisceaux et toutes les fibres ne sont pas également atteintes; que l'action morbide, quelle qu'elle soit, se dissémine dans leur épaisseur en proportions variables; qu'elle est plus énergique, par exemple, plus intense, plus concentrée sur les extrémités, au niveau de l'insertion des fibres musculaires sur leurs tendons que partout ailleurs, et qu'elle se propage sur ces tendons jusqu'à leurs attaches aux os des membres.

La contracture qui s'est établie ainsi peu à peu et inégalement, sur certains faisceaux, sur quelques parties des faisceaux ou des fibres, peut assurément bien suffire pour maintenir un segment de membre en état de flexion forcée et communiquer aux tendons la rigidité et la tension qu'on observe au plus haut degré lorsque le biceps est affecté. Et pourtant cette contraction, par son manque d'*homogénéité* et de *concentration voulue*, ne donnera pas complétement au muscle l'aspect qu'il présente dans les

contractions volontaires ou dans les affections des centres nerveux et des nerfs du mouvement.

IV

C'est ce qui me porte à croire que les nerfs moteurs des muscles affectés de cette myopathie syphilitique ne sont pas atteints, ou du moins ne le sont pas dans leurs gros faisceaux, mais seulement dans leurs filets terminaux, qui se divisent à l'infini au milieu du muscle, et se distribuent à ses faisceaux. Je pense toutefois que ce sont surtout ces faisceaux et leurs fibres qui sont directement et primitivement touchés par l'action syphilitique.

Et cette action syphilitique, quelle est-elle? Par quel processus organique arrive-t-elle à mettre la fibre musculaire en état de contraction permanente? Je ne puis vous le dire; mais parmi les hypothèses qui se sont présentées à mon esprit, la plus plausible m'a paru la suivante: Il m'a semblé que, dans la période de la syphilis où survient habituellement la myopathie bicipitale, il devait se produire au sein du muscle quelques lésions à évolution lente, insidieuse, etc., qui, sans ressembler aux éruptions cutanées, aux hypérémies viscérales, etc., n'étaient pas sans analogie avec elles. Il m'a semblé qu'en se plaçant au point de vue de l'existence d'une lésion musculaire qui doit être réelle, quoique nous ne l'ayons pas vue, il était rationnel de la rattacher au *mode hypérémique ou subinflammatoire* qui se manifeste si communément dans toutes les parties de l'organisme pendant les premières périodes de la maladie constitutionnelle, avant et même aussi quelquefois pendant la phase des productions gommeuses. Peut-être le travail morbide s'élève-t-il dans quelques faisceaux jusqu'à la suffusion plastique; mais, dans tous les cas, cette suffusion plastique, si tant est qu'elle existe, est faible, inoffensive et résolutive.

Reste la question de savoir si ce travail morbide s'établit sur le muscle seulement, ou sur les nerfs, ou s'il les englobe tous les deux. On pourrait supposer que, dans les formes névropathiques, les enveloppes fibreuses des nerfs, le névrilemme, les nerfs eux-mêmes sont touchés. Nul doute qu'il n'en soit ainsi lorsqu'il existe de véritables névralgies syphilitiques. Mais je crois que dans les myopathies simples, pour ainsi dire essentielles, et dégagées de tout élément névropathique, l'action morbide se concentre presque exclusivement sur les faisceaux et les fibres musculaires.

Il est tout naturel de se demander pourquoi le muscle biceps est plus mal partagé que les autres, et pourquoi il l'est à ce point que, lui seul, dans un grand nombre de cas, paraît être atteint de cette myopathie si bizarre. Assurément il y a dans cette prédilection du travail syphilitique pour le biceps quelque chose de fort étrange. Mais la syphilis ne nous offre-t-elle pas de nombreux exemples de ces sortes d'affinités qui restent inexplicables? Ne me suis-je pas efforcé, du reste, de vous montrer que cet isolement de l'affection bicipitale était rarement absolu; que presque toujours d'autres muscles étaient atteints, non-seulement aux bras, mais aussi aux membres inférieurs. Cette dissémination du travail syphilitique sur un grand nombre de muscles paraît plus naturelle, moins extraordinaire que sa concentration sur un seul.

Après le biceps viennent, par ordre de fréquence, les autres fléchisseurs des membres supérieurs, puis ceux de la cuisse et de la jambe. C'est donc sur ce groupe de muscles que s'effectue surtout la détermination. Mais les extenseurs n'en sont pas exempts. Je vous ai fait voir que le triceps brachial était attaqué quelquefois, lui aussi, de cette contracture spéciale, et qu'on ne pouvait expliquer autrement les cas d'affection bicipitale dans lesquels *la flexion forcée était aussi impossible que l'extension forcée.*

Telles sont, Messieurs, les réflexions que je désirais vous présenter au sujet d'une classe intéressante et peu connue encore de myopathies syphilitiques. Elles n'avaient été étudiées jusqu'à présent d'une manière approfondie que par M. le Dr Notta. Depuis la publication de son mémoire, elles ont été signalées par plusieurs observateurs. Un de nos plus savants chirurgiens, mon excellent maître, M. le professeur Gosselin, attira l'attention de ses élèves sur la myopathie syphilitique du biceps, dans une conférence clinique faite le 5 décembre 1868 à l'hôpital de la Charité. Je suis heureux de terminer cette leçon par l'extrait qu'il a bien voulu me communiquer :

« Nous avons vu ce matin, au nº 35 de la salle Sainte-Vierge, un homme vigoureux, d'une trentaine d'années, entré dans le service depuis 48 heures. Il souffre depuis six jours au pli du bras droit. Son avant-bras est fléchi à angle droit ; le malade ne peut l'étendre volontairement, et vous avez pu constater qu'il nous a été impossible de l'étendre de force. Quand on cherche à produire ce résultat, non-seulement on est arrêté invinciblement, mais l'on provoque une douleur assez vive. Le malade souffre aussi quand on ne le remue pas, et il nous a dit, sans que nous le lui ayons demandé, qu'il souffrait particulièrement pendant les premières heures de la nuit.

« Nous n'avons trouvé dans la région du coude droit ni chaleur, ni rougeur, ni aucun gonflement insolite. Je vous ai fait seulement remarquer que le tendon du biceps formait sous la peau une corde très-tendue et très-dure que les doigts appréciaient encore mieux lorsque l'on essayait d'étendre l'avant-bras. Peut-être le brachial antérieur est-il tendu également ? Mais, à cause de sa situation profonde, je n'ai pu le constater rigoureusement.

« La maladie en présence de laquelle nous nous trouvons est donc une contracture ou contraction permanente du

biceps. Mais pourquoi cette contracture? Faut-il l'attribuer à une cause locale ou à une cause générale?

« Comme cet homme exerce la profession de zingueur, qui l'oblige à manier constamment le marteau, et que le mal occupe justement le membre droit, celui qui fatigue le plus, je me demande d'abord si l'on ne pourrait pas attribuer la contracture à une fatigue excessive du biceps. Mais le malade exerce cette profession depuis longtemps sans avoir éprouvé jamais rien de semblable, et il assure qu'il n'a pas, dans ces derniers temps, travaillé plus qu'à l'ordinaire.

« Je cherche ensuite si, comme cela arrive souvent, la contracture n'est pas symptomatique d'une arthrite ou d'une ostéite bien appréciables, mais je ne trouve ni le gonflement, ni la chaleur de l'arthrite subaiguë, et je suis certain que les mouvements légers que je fais communiquer à l'avant-bras n'occasionnent pas de souffrance. C'est à peine si le malade se plaint pendant la flexion ; et, s'il se plaint au moment de l'extension, il rapporte sa souffrance au biceps et non pas à la jointure. Je laisse, bien entendu, de côté la supposition d'une arthrite et d'une ostéite anciennes, puisque la maladie est toute récente.

« Ne pourrait-on pas, cherchant, à défaut de cause locale, une cause générale, dire que cette contracture est l'effet du rhumatisme? Mais le malade nous a assuré qu'il ne s'était exposé à aucun refroidissement, et qu'il n'avait jamais eu de rhumatisme. Il n'a pas non plus actuellement de blennorrhagie qui pourrait nous faire croire à un rhumatisme blennorrhagique insolite.

« Ne serait-ce pas dès lors une contracture syphilitique du biceps? Je ne saurais pas vous dire au juste quels auteurs ont parlé de cette variété d'accidents syphilitiques. Je crois même n'en avoir lu aucune description. Je sais seulement par tradition, et par l'observation de quelques faits, que les

syphilitiques sont exposés à cette contracture. Cherchons donc si notre malade peut être dans cette catégorie.

« Je vous ai fait constater sur son gland, à gauche, une ulcération assez étendue, indolente, à base manifestement indurée, des ganglions inguinaux gonflés et indolents dans l'aine, quelques taches de roséole sur le ventre. La gorge a été douloureuse, il y a huit ou dix jours, mais ne présente rien aujourd'hui.

« Le chancre existe depuis environ 25 jours. Pour moi, le malade a une syphilis constitutionnelle à la période secondaire et sa contracture est un accident de la fin de cette période, un de ceux que M. Ricord a appelés de transition.

« Si ce diagnostic est exact, vous verrez promptement disparaître la contracture sous l'influence du repos et d'un commencement de traitement mercuriel; et cette guérison sera d'autant plus facile qu'il s'agit ici d'un symptôme fonctionnel, sans lésion appréciable. Il est possible qu'il y ait là-dessous un certain degré de ces périostites superficielles que M. Ricord a appelées douleurs rhumatoïdes. Mais la lésion n'est pas appréciable physiquement. »

— « Le 19 décembre, ajoute le professeur Gosselin, après le repos, les cataplasmes et l'administration de la liqueur de Van Swieten, le malade quittait l'hôpital, complétement débarrassé de sa contracture et de ses douleurs. Sur notre recommandation il a continué le traitement mercuriel chez lui; et, vers la fin de janvier 1869, il est venu nous voir à la consultation et nous a dit qu'il ne s'était plus ressenti de ses douleurs du pli du bras. »

QUATRIÈME LEÇON

MYOPATHIES GOMMEUSES

Messieurs,

Dans les trois dernières leçons, je me suis occupé de cette espèce de myopathies syphilitiques qu'on pourrait appeler *fonctionnelles*, si on ne s'en tenait qu'aux apparences symptomatiques. Nous ne connaissons pas encore, en effet, les lésions matérielles qui leur sont propres. Il n'est pas douteux qu'elles existent ; nous pouvons même les deviner approximativement à l'aide d'une analyse rigoureuse de toutes les circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. C'est ce que j'ai tenté de faire. Mes hypothèses sont-elles l'expression de la réalité? Je n'oserais l'affirmer. Sans le secours de l'anatomie pathologique, il n'est pas possible d'arriver à des notions positives et complètes. C'est là un axiome qui s'applique à toutes les questions de la pathologie, mais plus exactement à celle des myopathies fonctionnelles. Ces affections présentent en effet des causes d'obscurité qu'on ne trouve pas dans d'autres organes, ce qui tient à ce qu'il y a dans le muscle

deux éléments : la substance musculaire proprement dite, dont la fibre avec son sarcolemme est l'élément primitif et fondamental, et le nerf qui met en jeu la contractilité de la fibre musculaire. Lorsque les centres nerveux ou les nerfs sont malades et qu'il existe des troubles consécutifs du système musculaire, il est facile d'interpréter la filiation des accidents et d'en comprendre le mécanisme. Mais lorsque le muscle seul est directement et primitivement atteint, comme dans les myopathies où l'action syphilitique ne se traduit par aucune lésion matérielle évidente, voyez que de difficultés, non-seulement pour s'assurer qu'il existe une lésion, mais bien plus encore pour discerner si cette lésion a atteint d'emblée ou consécutivement l'une ou l'autre substance des muscles, ou si elle s'est emparée simultanément de la fibre musculaire et des filets nerveux qui l'animent!

Nous n'aurons plus à revenir qu'incidemment sur les myopathies avec contracture, qui traduisent un des premiers degrés de l'action syphilitique sur le système musculaire. Aujourd'hui, nous nous occuperons des degrés plus avancés de cette action morbide. Si la lésion matérielle nous a échappé dans la première espèce de myopathies, ici elle saute aux yeux. Tous les observateurs l'ont vue, étudiée et décrite. Dans ces derniers temps elle a été analysée avec le microscope. Son histoire anatomique est à peu près complète. Nous marcherons donc sur un terrain solide et nous n'aurons pas besoin de courir l'aventure des hypothèses.

Ces sortes de myopathies sont caractérisées par une production morbide particulière qui s'infiltre dans la substance musculaire, en s'étalant, ou l'envahit sous forme de tumeurs. Là, comme partout ailleurs, elle évolue suivant le même mode, mais avec des alternatives et des varia-

tions qui, dans ses étapes successives, la font avancer, reculer, disparaître et se fondre prématurément, ou parcourir dans son entier le cycle de son processus. Cette production morbide, propre à la syphilis, consiste en une matière plastique qu'on appelle la *gomme*. Aussi appellerai-je les myopathies qui vont faire l'objet de cette leçon, *myopathies gommeuses*.

Les lésions musculaires de cette espèce se développent habituellement à une période avancée de la syphilis. Elles font partie des accidents qu'on qualifie de tertiaires. Mais ce serait une erreur de croire qu'on ne les peut jamais rencontrer que dans cette phase de la maladie constitutionnelle. Les gommes poussent quelquefois sur diverses régions de l'organisme, à une époque très-voisine de l'accident primitif. J'en ai donné, il y a quelques années, un exemple remarquable : le malade, qui était jeune et bien portant, fut atteint de gommes du tissu cellulaire très-peu de temps après l'apparition du chancre syphilitique. Ces gommes pullulèrent de tous les côtés, dans le tissu cellulaire sous-cutané et sur le périoste de quelques os superficiels, pendant trois ans, malgré le traitement ioduré le plus énergique (1). Ces gommes auraient pu se développer aussi dans les muscles. N'envahissent-elles pas quelquefois les viscères, et en particulier le cerveau, dans les premiers mois de l'intoxication syphilitique ?

Entre les *myopathies fonctionnelles* et les *myopathies gommeuses typiques*, il y a des myopathies intermédiaires, dans lesquelles prédomine l'élément inflammatoire. Ce sont de véritables *myosites*. Leur processus irritatif ressemble

(1) Ch. Mauriac, *Cas de syphilis gommeuse, précoce et réfractaire à l'iodure de potassium.*

beaucoup à celui de cause commune ; mais il porte néanmoins l'empreinte de son origine spécifique.

Les myopathies inflammatoires et néoplasiques d'origine syphilitique n'avaient point échappé à l'attention des premiers syphiliographes. Dès 1553, Theodosius avait indiqué leur existence ; plusieurs passages de ses *Medicinales Epistolæ* prouvent qu'il n'ignorait ni la rétraction musculaire syphilitique, ni les gommes des muscles. « Quand la substance des muscles est infiltrée de virus, écrivait Astruc deux siècles plus tard, il survient des ganglions ou de petites tumeurs qui, en interceptant ou retardant le cours du sang, donneront lieu à une douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec une tuméfaction manifeste et inflammatoire. » Dans Petit-Radel il est aussi question d'une contracture musculaire qu'il rattache à la syphilis, et Lagneau compte, au nombre des accidents syphilitiques, des affections musculaires qu'il regarde comme des phlegmasies chroniques des muscles : elles siégent principalement sur les membres et y déterminent des flexions permanentes.

Quant à la myopathie bicipitale avec contracture, Ph. Boyer l'avait mieux vue que ses prédécesseurs et l'avait esquissée à grands traits : « Il paraît, dit-il, que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle ou au moins accompagnant ses symptômes, et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elle appartiennent au muscle biceps brachial ; l'avant-bras était un peu porté dans la pronation et la flexion, et ne pouvait être étendu. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front ; l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses au métatarse et au métacarpe et la teinte terreuse de la peau. »

C'est dans ces dernières années seulement que les myopathies gommeuses ont été l'objet de travaux spéciaux. M. le professeur Bouisson, de Montpellier, a publié sur elles une excellente monographie, et leur étude histologique a été faite par divers micrographes, et en particulier par Virchow (1). Je vous ai déjà cité quelques observations dues à M. Ricord ; j'aurai à vous parler plus tard de celles que nous devons à Nélaton et à d'autres médecins contemporains.

PREMIÈRE PARTIE.

MYOSITES ET TÉNOSITES SYPHILITIQUES.

Principaux caractères des *myosites syphilitiques*. Comment on les distingue de la *myosite simple ;* début moins brusque ; processus plus lent; peu de douleurs; pas de tendance à la suppuration. — Tumeur diffuse, dure, sous-aponévrotique.

État scléreux ou cirrhotique consécutif aux myosites syphilitiques. — Transformation fibreuse ; atrophie de la fibre musculaire. — Dégénérescence cartilagineuse et osseuse, *torticolis* et *lombago* syphilitiques.

(1) BIBLIOGRAPHIE. Ceux qui désireraient étudier l'historique des myopathies syphilitiques pourraient consulter : J.-B. Theodosius, *Medicinales Epistolæ*, Basileæ, 1553, et *Aphrodisiacus*, de Gruner, p. 140 ;— Astruc, 1777 ; — Petit-Radel ;—Ph. Boyer ; — Ricord ; — Bouisson, Tumeurs syphilitiques des muscles (*Gaz. médicale de Paris* 1846, et *Tribut à la chirurgie moderne*, t. I, p. 52, 1858) ; —Nélaton, Tumeurs syphilitiques musculaires (*Gaz. des hôpit.*, n° 6, 1858, et n° 59, 1861) ; —Saint-Arromand, *Des tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et des muscles*, Thèse de Paris, 1858, p. 21 ; — Thévenet, *Étude et considérations pratiques sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, des muscles et de leurs annexes* Thèse de Paris, 1858 ; — Dufour, *Bulletin de la Soc. anat.*, 1855, p. 139 ; — Robin, *Bull. Soc. anat.*, p. 26 ; —

Symptômes des *ténosites syphilitiques :* Tuméfaction diffuse ou circonscrite des tendons. — Du nodus syphilitique. — Épaississement et raccourcissement des tendons. — Terminaison des ténosites.

Myopathies tertiaires complexes. — Myosites chroniques et myômes syphilitiques. — Leur longue durée, sans atrophie consécutive des muscles. — Resserrement syphilitique des mâchoires.

Les déterminations de la syphilis sur le système musculaire, que je vais vous décrire, viennent immédiatement après les myopathies avec contractures, dans l'ordre chronologique. Elles peuvent aussi quelquefois se produire en même temps qu'elles, ou même avant. Toujours est-il qu'elles appartiennent à un degré plus avancé du processus spécifique irritatif. Ici l'inflammation n'est plus douteuse : elle se manifeste par des lésions matérielles ; et le trouble des fonctions est en rapport à peu près exact avec l'étendue, la profondeur et l'intensité du désordre organique. Ici donc, rien de mystérieux. L'élément névropathique, qui occupe une si large place dans la symptomatologie et peut-être aussi dans la pathogénie des myopathies congestives avec contracture, est à peu près nul dans les myopathies plastiques inflammatoires. La douleur est fixe, et proportionnée à l'acuité du processus irritatif.

I.

La première fois que j'observai la *myosite syphilitique*, ce fut en 1861, dans le service de M. le professeur Lasègue. Une jeune fille, âgée d'une vingtaine d'années, y était

Robert, *Union méd.*, 1859, p. 579, mars ; — Senftleben, *Arch. f. klin. Chirurg.*, t. I, p. 107 ; — Sidney Jones, *Trans. of the path. Soc. London*, vol. VII, p. 346 ; — Murchison, *ibid.*, vol. XII, p. 251 ; — Virchow, *Path. des tumeurs*, t. II, p. 430 ,etc., etc.

entrée la veille pour des douleurs occupant la partie antérieure de l'avant-bras gauche. On constatait dans cette région, depuis le pli du coude jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet, une tuméfaction diffuse, de la douleur à la pression, de la consistance, de la tension et une légère teinte rosée de la peau. On aurait pu croire, au premier abord, qu'il s'agissait d'un phlegmon au début. Les symptômes avaient évolué avec une assez grande rapidité et présentaient dans leur ensemble l'allure et la physionomie d'une inflammation commune de moyenne intensité. Mais, en explorant les parties avec plus d'attention, je ne trouvai aucun empâtement dans le tissu cellulaire; la peau était libre et glissait facilement sur les parties sous-jacentes. On sentait que la lésion existait au-dessous de l'aponévrose ; la tension était uniforme, diffuse, sans trace de nodosité ; la consistance un peu dure et élastique. Il n'y avait point de fluctuation. Les douleurs spontanées ou provoquées étaient sourdes, profondes et n'avaient pas l'acuité des douleurs du phlegmon aigu. Les doigts étaient à demi fléchis dans la main et ne pouvaient être redressés. Le diagnostic anatomique pouvait se faire avec les seuls phénomènes locaux de l'affection. Celui de la cause constitutionnelle était rendu encore plus facile par l'existence d'une roséole érythémato-papuleuse et par la présence de plaques muqueuses dans la gorge. Cette myosite syphilitique, qui occupait la masse musculaire des fléchisseurs superficiels, était donc relativement précoce, puisqu'elle était survenue pendant les huit ou dix premiers mois de la maladie constitutionnelle. Elle était dégagée de toute complication, sans ténosite, ni inflammation spécifique des gaînes tendineuses. Elle marcha avec rapidité vers la résolution, du moment qu'on eut institué un traitement spécifique mixte. La guérison eut lieu complétement en quelques jours et sans laisser aucun vestige

de la tuméfaction diffuse, ni aucun trouble fonctionnel.

Vous voyez, Messieurs, que la spécificité syphilitique de la myosite ne lui imprime pas toujours des caractères assez tranchés pour qu'on la puisse distinguer facilement, au premier coup d'œil, de la myosite aiguë ou subaiguë de cause commune. Cependant son début est moins brusque, plus insidieux, moins douloureux, son processus plus lent et sa période d'état beaucoup plus longue. Cette persistance d'un état inflammatoire subaigu dans un muscle, avec tuméfaction diffuse plus ou moins également répartie dans toute sa masse, sans aucune tendance à la suppuration, me paraît être une des particularités les plus spéciales de la myosite syphilitique. La rapidité avec laquelle la résolution succède à cette période d'état, lorsqu'on donne du mercure et de l'iodure de potassium, est encore un bon signe. Dans chacun des phénomènes de la myosite pris individuellement, je ne vois rien de pathognomonique. Le tissu cellulaire sous-cutané, lorsque les muscles siégent au-dessous de la peau, s'infiltre quelquefois un peu, mais pas au même degré que dans les myosites communes; la peau prend une teinte rosée, etc. L'augmentation de la chaleur est insensible; la douleur ne présente pas une acuité excessive, et les troubles fonctionnels sont en rapport avec le rôle physiologique du muscle, qui est maintenu en état de contracture plus ou moins prononcé. Du reste, tous ces phénomènes varient dans d'assez larges limites, suivant le plus ou moins d'acuité de l'inflammation spécifique. Toujours est-il qu'il existe constamment une suffusion plastique qui donne au muscle une consistance dure, élastique, homogène et le tuméfie en effaçant ses contours et sans lui laisser la forme ramassée sur lui-même qu'il affecte pendant sa contraction.

Les myosites appartiennent à la classe des accidents résolutifs de la syphilis. La suffusion plastique se liquéfie

et se résorbe, sans chercher à s'ouvrir une voie à l'extérieur, comme le font quelquefois les néoplasies gommeuses circonscrites. Il n'y a donc pas à craindre la suppuration ni ses conséquences.

II

Mais l'inflammation spécifique, au lieu de se résoudre franchement, soit d'elle-même, soit sous l'influence du traitement hydrargyrique et ioduré, peut persister indéfiniment sous forme chronique. L'altération de la fibre musculaire est alors à redouter, d'autant plus qu'elle entraîne des infirmités incurables. Voici comment les choses se passent : la matière néoplasique infiltrée dans le tissu conjonctif du muscle, au lieu de subir la prolifération régressive qui la rend apte à être résorbée, s'organise et se transforme en tissu fibreux. Ce tissu néofibreux qui peut procéder, non-seulement du tissu cellulaire interstitiel, mais aussi du sarcolemme, ne tarde pas à entraver la nutrition de la fibre musculaire. Elle s'amincit, perd sa striation, devient granulo-graisseuse et finit par disparaître, après avoir subi, avec une rapidité plus ou moins grande, toutes les phases de la dégénérescence qu'inflige aux éléments actifs des organes la cirrhose ou la sclérose qui les envahit. Comme les cellules du foie, du poumon, du cerveau, etc., la fibre musculaire est comprimée, étouffée, détruite par la transformation scléreuse.

L'état scléreux ou cirrhotique des muscles, consécutif aux myosites syphilitiques, entraîne le raccourcissement définitif et l'atrophie du muscle. Il peut aboutir aussi à la dégénérescence cartilagineuse et osseuse. Les fonctions du muscle se trouvent donc annihilées et il en résulte des troubles fonctionnels, des déformations, des infirmités irré-

médiables. « Les contractures musculaires, dit Virchow, qui a bien décrit ces lésions extrêmes de la myosite syphilitique, ont pour cause des dégénérescences calleuses du tissu musculaire, altération analogue à celle que produit l'inflammation rhumatismale simple du traumatisme; au milieu du tissu interstitiel des faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibre musculaire primitive (1). »

III.

Cette terminaison de la myosite syphilitique, si grave au point de vue fonctionnel, ne peut pas être prévue. Mais au moins est-il possible de la prévenir? Le meilleur moyen, c'est d'instituer dès le début un traitement mixte énergique.

Il me paraît, du reste, que pour porter une appréciation pronostique de quelque valeur, il n'en faut pas puiser les seuls éléments dans l'affection locale prise en elle-même. Il faut tenir compte aussi de l'époque à laquelle elle s'est manifestée et de la sévérité que présentent ou qu'ont présenté les accidents de la syphilis. Plus une myosite est précoce, plus il y a de chances pour qu'elle soit résolutive. Lorsqu'elle survient dans la phase des productions gommeuses, la transformation fibreuse et l'atrophie musculaires ne sont plus à redouter. Enfin, dans les syphilis graves, les myosites, toutes choses égales d'ailleurs, auront une signification plus sérieuse que celles qui se produisent exceptionnellement au début de quelques syphilis bénignes.

Que devient l'enveloppe aponévrotique des muscles atteints de myosite? La plupart du temps elle ne présente aucune lésion apparente; mais il est probable qu'elle est

(1) Virchow, *la Syphilis constitutionnelle*, p. 105, Paris, 1860.

touchée, elle aussi, par le travail morbide, quand il est intense et étendu à tout le muscle. Dans un cas d'infiltration plastique du jambier postérieur, observé par M. Ricord, on trouva que l'aponévrose adhérait aux muscles de la région postérieure de la jambe, qu'elle était épaissie et faisait corps avec le tissu lardacé jaunâtre dû à l'altération du muscle et de la fibre musculaire.

Tous les muscles ne paraissent pas doués de la même aptitude à subir les effets de l'intoxication syphilitique. Les muscles longs des membres y sont plus prédisposés que ceux du tronc. Mais il est difficile d'établir une classification topographique bien exacte. On a aussi observé la myosite syphilitique sur les muscles du tronc, sur ceux de la face, sur ceux de l'orbite; nul doute que les sphincters n'en soient quelquefois affectés, ceux de l'anus par exemple, dans les affections syphilitiques complexes de cette région, ceux de l'isthme du gosier, dans les pharyngopathies graves de la période gommeuse. Il en est de même de ceux du larynx.

IV

A ces myosites plus ou moins inflammatoires se rattachent les *torticolis* et les *lombagos syphilitiques* qui sont transitoires ou permanents, suivant que le processus est résolutif ou aboutit à la dégénérescence définitive, dont l'atrophie et la sclérose musculaires sont la conséquence.

J'ai soigné autrefois un malade âgé de 25 ans, doué d'une santé robuste, exempt en apparence de toute maladie constitutionnelle, qui avait contracté une syphilis des plus graves à Bordeaux. Un ou deux ans après l'apparition de l'accident primitif, ce jeune homme, en pleine période tertiaire, avec des manifestations gommeuses dans le nez,

dans la gorge, sur divers points du système osseux, fut pris de douleurs très-vives dans la région rénale. Peu à peu le tronc s'incurva en avant, sans qu'il lui fût possible de le redresser. Cet état de choses, qui avait persisté pendant deux ou trois années, en présentant diverses alternatives insignifiantes, finit par devenir stationnaire. On ne percevait sur les lombes aucune tumeur.

Le malade souffrait profondément du côté des reins, quoique les urines fussent à leur état normal. Sa santé avait été fortement éprouvée dès le début de la syphilis. A cette époque, il tomba dans un état presque cachectique. Les périostoses se multipliaient sur les os du tronc. Il fut atteint d'une bronchite chronique avec expectoration abondante, qui me sembla provenir d'une influence spécifique. Il ne guérit de tous ces accidents qu'à la longue et à force de se gorger d'iodure de potassium. Mais il ne parvint jamais à se redresser, et, aujourd'hui, quoiqu'il n'ait présenté depuis plusieurs années aucune manifestation syphilitique, la rétraction musculaire déterminée par la sclérose atrophique a rendu l'incurvation du tronc définitive. Les doses les plus élevées d'iodure de potassium n'ont eu aucune action curative sur cette infirmité.

Dois-je vous citer ce cas comme un exemple de myosite syphilitique portée à ses conséquences les plus extrêmes? Je reste dans le doute, et voici pourquoi. Le frère aîné de ce malade, qui n'avait jamais eu la syphilis, avait été pris d'un *lombago chronique* à peu près vers le même âge. Ce lombago avait entraîné lui aussi une incurvation permanente de la colonne vertébrale en avant. Or, Messieurs, presque tous les membres de cette famille étaient scrofuleux, surtout du côté de la mère. Une sœur de ces malades mourut de la poitrine à l'âge de 17 ans. — Le frère le plus jeune, quoique doué d'une santé vigoureuse, a souffert jusqu'à l'âge de 23 ans d'ophthalmies stru-

meuses très-graves, mais il n'a pas eu de lombago. Je tenais à vous citer ce fait parce qu'il me paraît instructif

Quelle est la part respective qu'il faut faire à la syphilis et à la scrofule dans la production de ce grave lombago ? Sans l'intervention de la syphilis, se serait-il produit chez le malade dont je vous parle, comme chez son frère aîné? Il est bien difficile de se prononcer ; mais quand de pareils accidents surviennent en même temps que d'autres, dont l'origine syphilitique ne peut pas être mise en question, il est tout naturel de supposer que la syphilis n'est pas étrangère à leur production, et que si elle ne leur a pas donné naissance par une action morbide immédiate et directe, elle a du moins mis en jeu des influences étiologiques générales ou locales qui sans elle seraient peut-être restées indéfiniment latentes.

V

L'élément musculaire n'est pas le seul qui soit atteint dans la myosite. Souvent le travail morbide envahit aussi la portion tendineuse du muscle. Il est même remarquable qu'il a plus d'affinité pour ses extrémités que pour sa partie moyenne. C'est un fait que je vous ai déjà signalé à propos des myopathies avec contracture. Vous vous rappelez que le biceps, par exemple, était douloureux quelquefois, au niveau de l'insertion de ses fibres sur son tendon. La prédilection de la syphilis pour les tissus fibreux, et en particulier pour le périoste qui devient si fréquemment le siége de sa détermination, pouvait faire supposer *à priori* que les tendons et les aponévroses ne lui échapperaient pas. Mais comme ces organes jouent un rôle physiologique passif, les troubles fonctionnels que produisent leurs affections sont rares et d'un ordre peu élevé ; aussi n'est-il pas étonnant qu'ils échappent à l'observation.

Malgré leur organisation peu vasculaire, les tendons peuvent donc devenir le siége d'une inflammation spécifique. Il se fait à leur surface ou dans leur épaisseur un épanchement de matière néoplasique dont la consistance est tantôt ferme et solide, tantôt gélatiniforme. Il en résulte une tuméfaction diffuse, plus ou moins considérable, ou bien des tumeurs circonscrites, des épaississements partiels, des noyaux durs. connus depuis longtemps sous le nom de *nodus*, et qui ne sont autre chose que des tumeurs gommeuses. La ténosite proprement dite, c'est-à-dire l'inflammation diffuse, est plus rare que les gommes tendineuses. Elle se traduit par de la douleur à la pression et dans les divers mouvements des membres, par un gonflement diffus qui reste habituellement limité au tendon, mais peut aussi gagner l'aponévrose adjacente et même le tissu cellulaire sous-cutané. Les symptômes de la ténosite ressemblent donc beaucoup à ceux de la myosite. La plupart du temps ils se confondent avec eux et, par le fait, il existe alors une véritable myo-ténosite.

Les lésions tendineuses à processus inflammatoire se développent de préférence sur les tendons les plus épais et les plus résistants, comme le tendon d'Achille, celui du biceps brachial, du triceps crural, etc. Les bourses, les gaînes ou les cavités synoviales voisines sont quelquefois envahies. Ces désordres consécutifs s'observent surtout dans les cas de tumeurs gommeuses qui subissent la phase régressive et s'ulcèrent. Ils sont moins ordinaires à la suite des simples ténosites résolutives.

L'inflammation syphilitique des tendons se termine de la même manière que celle des muscles. La plupart du temps les produits plastiques se résorbent et disparaissent complétement ; d'autres fois ils s'organisent, et il en résulte un

épaississement du tendon qui est en même temps raccourci. Les dégénérescences consécutives à la ténosite sont beaucoup moins sérieuses que celles qui étouffent et détruisent la fibre musculaire. Cependant elles ont quelquefois des inconvénients qu'il est facile de deviner et qui varient suivant les tendons affectés.

Au point de vue du pronostic, les *myo-ténosites* syphilitiques sont plus sérieuses que les myopathies congestives et névropathiques. Ces dernières guérissent toujours ; alors même qu'elles se prolongent pendant des années, elles n'altèrent pas ou altèrent peu la fibre musculaire. Les autres, au contraire, quand la résolution n'a pas lieu, et que les produits plastiques s'organisent, entraînent des dégénérescences consécutives aboutissant à l'atrophie, puis à la destruction de la fibre musculaire.

Cette éventualité, toujours fâcheuse, même quand elle intéresse des muscles d'un ordre physiologique peu important, parce qu'elle est irrémédiable, est encore plus à craindre dans les myopathies syphilitiques qu'il me reste à vous décrire. Ce sont les plus anciennement connues, peut-être aussi les plus fréquentes et assurément celles dont les lésions ont été soumises à l'étude la plus approfondie. Leur histoire est pour ainsi dire classique.

VI

Mais avant d'aller plus loin, il importe de vous faire remarquer qu'il ne faut pas voir dans les myosites et les myomes syphilitiques deux degrés successifs d'un même processus.

Les myomes peuvent s'établir d'emblée dans un muscle sans avoir été précédés d'une myosite ; de même qu'une

myosite n'est pas nécessairement suivie d'un myome. Ces deux lésions ont une étroite parenté et bien des traits communs qui empêchent quelquefois de les distinguer l'un de l'autre. Les myosites, par exemple, quand elles ont perdu le caractère subaigu de leur première phase et que par leur durée et par leurs symptômes elles sont devenues tout à fait chroniques, ne sont-elles pas, à quelques particularités près, semblables aux myomes? En outre, vous trouverez des cas où la coexistence de ces deux sortes de myopathie n'est pas douteuse.

Ne vous préoccupez donc pas outre mesure de la question du diagnostic différentiel. Ce serait tomber dans des subtilités inutiles et sans conséquence au point de vue du diagnostic et du traitement. Dans ces formes mixtes des myopathies tertiaires, le processus, la durée, la terminaison, l'aptitude à être rapidement guéris par le spécifique ne paraissent point dépendre des proportions variées qu'y prend tel ou tel mode de néoplasie spécifique. Les indications restent toujours les mêmes. Remplissez et, malgré l'ancienneté des lésions, vous obtiendrez quelquefois des résultats inespérés. Les faits suivants mettront ces points en lumière.

VII

Du resserrement de la mâchoire dû à la syphilis; myosite du masséter; tumeur gommeuse des joues.

Dans ces derniers temps, un de mes collègues dans les hôpitaux, M. le Dr Guyot, a publié un mémoire sur les affections syphilitiques des muscles moteurs de la mâchoire inférieure qui peuvent entraîner son resserrement, telles que la myosite du masséter et ses tumeurs gommeuses, etc. Il fait remarquer, avec raison, que le diagnostic de la myosite du masséter présente toujours de grandes difficultés en l'absence de commémoratifs ou de lésions concomitantes. Le resser-

rement des mâchoires, qui en est la conséquence, pourrait être confondu avec celui qui est dû à un refroidissement ou à l'hystérie. Quand il tient à ces deux dernières causes, surtout à la dernière, il marche d'ordinaire plus rapidement. C'est là un signe assez vague. Dans l'arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, il peut se produire aussi un resserrement symptomatique par suite d'une ankylose consécutive. On établira le diagnostic par une exploration attentive des parties malades et par une analyse exacte du processus. Mais, comme le fait remarquer M. Guyot, si une tumeur syphilitique de la cuisse a pu donner lieu à une erreur telle qu'un chirurgien ait eu recours à l'ablation, n'est-il pas possible et probable que plusieurs prétendues contractures incurables du masséter n'étaient que des myosites syphilitiques, dont la guérison eût été obtenue facilement si on avait eu recours assez tôt à un traitement spécifique approprié ?

Voici le résumé de trois faits qui forment la base de ce travail :

Obs. I (recueillie par M. Guyot). — Femme de 36 ans, présentant un gonflement de la région temporo-massétérine avec impossibilité d'ouvrir la bouche. L'affection datait de trois ans. Elle avait débuté par des douleurs nocturnes à la joue affectée, s'exaspérant la nuit au point de rendre le sommeil impossible. Plus tard augmentation progressive de la région malade et resserrement graduel de la mâchoire inférieure. Au moment où elle se présenta à la consultation de l'hôpital de Lariboisière, le 23 mars 1873, il existait une tuméfaction très-sensible de la région temporo-massétérine droite, sans changement de coloration et de consistance à la peau. La tumeur, dure, ligneuse, indolente à la pression, était exactement limitée aux muscles temporal et masséter. Rien du côté des os. Mouvements de latéralité intacts. On pouvait à peine introduire entre les mâchoires le manche d'un porte-plume. Pas d'antécédents syphilitiques reconnus ou avoués. — Néanmoins, iodure de potassium. Au bout d'un mois, amélioration, puis dilatation mécanique et enfin guérison définitive au bout de trois mois.

Obs. II (recueillie par Ph. Boyer). — En 1844 (25 avril), une femme se présenta à la consultation de Saint-Louis avec impossibilité d'écarter les mâchoires. On admit, par élimination des autres causes, que le mal était syphilitique ; d'ailleurs on découvrit une périostose à la tempe droite. La malade raconta que son affection datait de trois ans; qu'il y avait eu d'abord raideur des mouvements

de la mâchoire, puis tumeur à la tempe droite et induration dans la branche de la mâchoire. Cette induration n'était autre que la contraction du masséter. Le resserrement des mâchoires était devenu tel qu'une grosse molaire s'était brisée. Au moment de l'examen par M. Ph. Boyer, on ne pouvait plus introduire le petit doigt entre les deux mâchoires. La malade ne se nourrissait que de liquides et de mie de pain. La mâchoire offrait une tuméfaction que, par le toucher, on arrivait à rapporter au masséter. Ce muscle était dur et fortement contracté, tandis que celui du côté opposé était sain. La tumeur de la tempe droite, dure et dépourvue de souplesse, avait les caractères d'une périostose. Depuis quatre à cinq ans, il existait dans le côté droit de la tête des douleurs violentes presque continues, avec exacerbation pendant la nuit.

On prescrivit des frictions mercurielles.

L'amélioration fut prompte et, au bout de six mois, on constatait que les mâchoires s'écartaient comme à l'état normal. Au commencement de 1845 il ne restait plus de traces de la maladie et tout traitement fut supprimé. (Ph. Boyer, 1845, t. II, page 1027.)

Obs. III (recueillie à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis, par M. Bouilly, interne de M. Panas).

Femme de 33 ans, bien constituée, bonne santé habituelle. — Rhumatisme articulaire à l'âge de 15 ans, jamais de nouvelles attaques depuis. Accouchement naturel il y a trois ans. Il y a huit ou dix ans, boutons aux parties génitales, puis sur tout le corps. La syphilis fut diagnostiquée par des médecins et l'iodure de potassium prescrit; la malade ne sait si elle a pris du mercure.

A la même époque, son amant avait les mêmes manifestations.

Ultérieurement, des éruptions palmaires furent constatées par Ricord. Actuellement on trouve de l'adénite cervicale et quelques croûtes dans les cheveux ; pas de taches à la peau.

Depuis huit mois, une grosseur s'est développée dans la joue gauche, puis dans la joue droite ; bientôt difficulté progressive à ouvrir la bouche. Actuellement tumeurs situées sur le bord antérieur du masséter, à droite comme à gauche ; dures, indolentes au toucher, semblant faire corps avec le masséter; assez saillantes en dehors, vers l'os malaire, beaucoup moins saillantes en dedans, les mâchoires assez serrées pour qu'on ne puisse introduire entre elles le manche d'une cuiller. On ne peut les écarter à l'aide de l'abaisse-langue.

La malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium.

Le traitement est commencé vers le 1er mai. Dès le 16 mai, amélioration notable, et le 20 juin on constate qu'il n'y a plus ni tumeur ni contracture des masséters. Les mâchoires s'écartent assez pour qu'on puisse introduire deux doigts entre les deux arcades dentaires. (Guyot, *Union médicale*, 1873, t. II, p. 609.)

Il importe de noter que dans deux de ces trois observations, les muscles n'avaient pas, *au bout de trois ans*, subi d'altération assez profonde pour rendre le traitement inefficace.

Le pronostic offre donc peu de gravité, si la maladie est reconnue avant la transformation scléreuse ou calcaire. Mais à quelle époque et sous quelles influences s'effectue cette transformation ? A quels indices en pourrait-on prévoir l'imminence? Et, quand elle a commencé, à quel degré de son processus serait-il possible de l'arrêter? etc., etc.

Dans la thèse inaugurale de M. Blavette sur le *resserrement des mâchoires*, 1860, on trouve trois observations de myopathies syphilitiques temporo-massétérines.

Voir aussi : Bornet, *Société de chirurgie*, 22 janvier 1851. — Déville, 1845, *Bulletin de la Société anatomique*, p. 276.

DEUXIÈME PARTIE

MYOPATHIES GOMMEUSES ET MYOMES SYPHILITIQUES

On s'accorde en général à considérer les *myopathies gommeuses* comme un des accidents les plus tardifs de la syphilis. Il est certain qu'on ne les voit que bien rarement dans les premières périodes de la maladie. Chronologiquement, elles viennent donc après les myopathies congestives et inflammatoires que je vous ai décrites. Mais je vous ai dit

souvent que la syphilis n'obéissait pas dans son évolution aux lois absolues qu'on a voulu lui imposer. J'ai montré qu'il existait de nombreuses exceptions pour le périoste et les os, pour le système nerveux, pour le larynx, etc. Il en est de même pour le système musculaire. Ici l'exception est plus rare, du moins pour la myopathie gommeuse typique. Cependant j'ai observé trois ou quatre cas de gommes musculaires très-précoces. Je vais vous les exposer avant de faire l'histoire didactique de ces sortes de myopathies syphilitiques.

SECTION I

MYOPATHIES GOMMEUSES PRÉCOCES.

I

Tumeur syphilitique des muscles de la région antérieure de la cuisse gauche, survenue 65 *jours après l'apparition d'un chancre infectant. Accidents secondaires légers.*

M. G... (Paul), âgé de 22 ans pâtissier, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, le 22 janvier 1870, salle 8, n° 36. Bonne santé habituelle, tempérament lymphatique. Aucune maladie vénérienne ou autre dans ses antécédents.

Vers le 20 ou le 25 octobre 1869, apparition d'un chancre infectant dans la rainure balano-préputiale. Il dura environ 2 mois et fut traité par des pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Le 31 décembre (65 jours après le chancre), le malade entra à l'hôpital de la Pitié, pour se faire soigner d'une douleur siégeant à la partie antérieure de la cuisse gauche, qui l'empêchait de marcher. Le médecin auquel il s'adressa vit immédiatement la relation qui existait entre cet accident et le chancre, et il diagnostiqua une tumeur musculaire d'origine syphilitique. Un mois après l'apparition

du chancre, le malade avait eu des maux de gorge, mais pas d'éruption cutanée (Sirop de Gibert). Quand il sortit de la Pitié, le 17 janvier, la tumeur et la douleur avaient considérablement diminué, ainsi que la raideur de la cuisse et la claudication.

A son entrée, je constatai l'état suivant (87e jour du chancre) : pas d'éruption sur la peau, pas de ganglions inguinaux. Adénopathie cervicale; empâtement et œdème dur, caractéristique dans la rainure préputiale. Santé générale assez bonne.

Sur la partie antérieure et externe de la cuisse gauche, à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, gonflement épais et dur, paraissant siéger dans le muscle droit antérieur, allongé de haut en bas et de dehors en dedans, sans adhérence à la peau qui est saine à son niveau, se déplaçant avec les masses musculaires de la région, peu sensible à la pression (il l'avait été beaucoup au début). Douleur pendant la flexion et pendant les autres mouvements du membre inférieur gauche.

Traitement mixte au protoiodure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium.

Le 8 mars, la tumeur avait disparu, ainsi que les douleurs, mais il restait encore un peu de gêne pendant la marche; néanmoins, le malade put sortir. Il avait alors quelques taches de roséole sur le tronc et les membres inférieurs. La tumeur musculaire n'avait été occasionnée par aucune violence extérieure.

Cette tumeur, survenue 65 jours après le chancre infectant, est évidemment de nature syphilitique. Il n'existait dans les antécédents du malade aucune circonstance constitutionnelle ou accidentelle capable de la produire. Son siége au-dessous de la peau et de l'aponévrose, la possibilité de la déplacer en même temps que les masses musculaires sous-jacentes, les troubles qu'elle a produits dans la marche, indiquent suffisamment qu'elle occupait un des

muscles de la région antérieure et externe de la cuisse, peut-être le droit antérieur.

Remarquez que cette tumeur s'est développée quoique le malade eût suivi un traitement hydrargyrique depuis les premiers jours du chancre infectant. Elle a duré près de trois mois, et paraît s'être fondue sans compromettre la structure du muscle qu'elle avait envahi, c'est-à-dire sans avoir produit en lui soit une atrophie, soit une métamorphose fibreuse, comme cela arrive dans les infections plastiques de la tumeur gommeuse, qui surviennent pendant la phase cachectique de la syphilis.

Dans le cas suivant la tumeur musculaire a été beaucoup moins précoce, quoique la syphilis, dans l'ensemble de ses manifestations, présentât une gravité plus grande que la précédente qui a été très-bénigne.

II

Chancres infectants guéris au bout de 3 semaines.

Le 37e jour de la maladie, apparition des accidents secondaires : syphilide papuleuse plate, puis érythémateuse, et, simultanément, laryngopathie, angine légère. Forme inflammatoire des éruptions cutanées.

Vers le 160e jour, aggravation de la laryngopathie et de l'angine, névropathies algiques dans différentes parties du corps; altération de la santé générale.

Apparition d'une tumeur musculaire dans le muscle sus-scapulaire gauche. Durée de ces accidents, 4 mois ; guérison.

M. S. J..., âgé de 36 ans, cocher, vigoureux, d'un tempérament sanguin, gras, bien portant et n'ayant jamais eu aucune maladie locale ou constitutionnelle héréditaire ou acquise, entra, le 30 janvier 1869, à la chambre n° 1 de l'hôpital du Midi, pour deux chancres infectants, occupant le sillon balano-préputial. Ils s'étaient déclarés huit jours au-

paravant, et provenaient d'une femme avec laquelle le malade avait eu plusieurs fois des rapports, de telle sorte qu'il était impossible d'être fixé sur la durée de leur incubation. Au bout de trois semaines de durée, ils étaient à peu près complétement guéris, et cet homme sortit le 14 février, n'ayant encore aucun accident constitutionnel. Je lui prescrivis un traitement au protoiodure d'hydrargyre qu'il suivit exactement; néanmoins le 1er mars (37e jour de la maladie) il survint de l'enrouement, du mal de gorge et une éruption syphilitique.

Le 16 mars 1869 (53e jour), je constatai l'état suivant: deux noyaux d'induration chancreuse : l'un sur le filet, l'autre dans le sillon balano-préputial; adénopathie inguinale double.

Syphilide papuleuse lenticulaire confluente, occupant le tronc, les cuisses, le cou, le cuir chevelu, à forme inflammatoire, avec cercle d'un rouge vif autour de chaque papule; laryngopathie légère et indolente; rougeur érythémateuse de la gorge, sans plaques muqueuses. Aucun phénomène nerveux; appétit; santé générale très-bonne. (Le malade avait pris jusqu'alors près de 2 grammes de protoiodure; je prescrivis du sirop de biiodure ioduré.)

Le 12 avril (80e jour de la maladie). Papules affaissées, roséole érythémateuse confluente; persistance des indurations qui étaient même devenues un peu rouges; petites plaques muqueuses sur les lèvres; angine érythémateuse sans papules plates.

Le 5 juillet (160e jour de la maladie). Depuis deux mois environ les boutons et les taches avaient disparu peu à peu, mais la laryngopathie avait augmenté considérablement, et il était survenu de nombreuses plaques muqueuses dans le gosier.

Mais le malade souffrait, surtout depuis 5 ou 6 jours, d'une douleur dans la fosse sus-scapulaire gauche, qui s'était produite spontanément, qu'exaspéraient les mouvements et la pression.

On voyait et on sentait, par la palpation, à la partie externe du muscle sus-scapulaire gauche, une tumeur diffuse, un peu dure, située au-dessous de la peau qui n'était pas altérée et glissait facilement sur elle. Les contours de cette tumeur semblaient se perdre dans la masse charnue du muscle, mais elles proéminaient de 2 centimètres environ au-dessus des parties adjacentes.

Outre les douleurs dont elle était le siége, il existait: 1° des douleurs sur les parties latérales du cou à gauche; 2° de vives douleurs en ceinture au niveau des hypochondres (cependant l'appétit était bon, la digestion facile et il n'existait aucun indice d'une affection du foie ou de la rate); 3° des douleurs occipito-pariéto-frontales continues, poussant des irradiations dans le cou et jusqu'à l'épaule malade. Toutes ces douleurs se manifestaient le jour aussi bien que la nuit.

Plaques muqueuses sur les lèvres et les amygdales, fatigue générale. Véritable état maladif depuis l'invasion de ces derniers accidents.

Je fis entrer de nouveau ce malade dans mon service, vers les derniers jours de juillet. Sa voix était toujours enrouée, mais beaucoup moins. La laryngopathie était manifestement en voie de décroissance.

La douleur du muscle sus-scapulaire avait à peu près complétement disparu. Il existait encore quelques algies sur différents points du corps. Le repos, les bains sulfureux, un traitement mixte, c'est-à-dire hydrargyrique et ioduré, triomphèrent de cette poussée syphilitique, qui n'avait pas duré moins de 4 mois et avait compromis la santé générale.

Quand le malade sortit, le 11 août (196e jour de sa maladie), il n'avait plus aucune manifestation syphilitique.

Ici encore le traitement hydrargyrique et ioduré, quoique suivi avec soin dès le début de la maladie, n'avait

pas empêché la formation de cette tumeur sus-scapulaire, née manifestement sous l'influence de la syphilis et qui occupait soit l'aponévrose, soit le muscle sus-scapulaire. Cette tumeur, dont les contours se confondaient avec les parties au milieu desquelles elle s'était développée, provenait sans doute d'une de ces suffusions plastiques, si communes dans les premières périodes de la syphilis.

III

Le diagnostic de ces tumeurs présente souvent de grandes difficultés, si bien qu'on est obligé de suspendre son jugement et qu'on reste dans l'incertitude, même après qu'elles ont accompli leur évolution complète. Le malade que je vous ai montré il y a quelques jours en est un exemple. Voici son histoire :

Nodosité gommeuse du biceps gauche, survenue au cinquième mois de la syphilis. — Cinq mois de durée. — Guérison.

Georges C..., âgé de 22 ans, tonnelier, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, à deux reprises, le 15 août et le 10 décembre 1875, salle 7, avait contracté un chancre infectant du fourreau en juillet de la même année.

Dans les mois de septembre et octobre suivants, il eut des plaques muqueuses et une éruption de roséole érythémateuse.

Au commencement de novembre (cinquième mois de la syphilis), il lui survint, sans cause occasionnelle, une douleur dans le poignet gauche, semblable à celle que produit une foulure ; il éprouva aussi un peu de gêne dans les mouvements des doigts. Quinze jours après, quoiqu'il n'eût aucune souffrance ni dans l'avant-bras ni dans le bras,

il s'aperçut qu'il s'était formé une grosseur sur l'avant-bras gauche, vers la partie moyenne de la région antérieure, au niveau du ventre du biceps.

Cette tumeur resta stationnaire pendant longtemps, quoique le malade fût soumis à un traitement spécifique mixte. En janvier 1876, elle présentait les caractères suivants : sa forme était ovoïde, son grand axe mesurait 3 centimètres et était perpendiculaire à la direction du muscle. Elle était indolente à la pression. La peau ne lui adhérait point et glissait à sa surface. On pouvait lui imprimer des mouvements de latéralité quand le muscle était dans le relâchement. En la palpant alors avec soin, il me sembla qu'elle était située au-dessous de l'aponévrose. Sa saillie au-dessus des parties voisines était de 1 centimètre environ; dure, d'une consistance homogène, sans fluctuation, elle se détachait avec assez de netteté des tissus adjacents. Lorsqu'on faisait contracter le muscle, elle diminuait de saillie et semblait se perdre et s'enfoncer dans la masse du biceps, tout en restant accessible au toucher. Alors sa mobilité disparaissait.

Elle ne causait aucun trouble fonctionnel. En février pourtant, l'extension complète devint impossible pendant quelques jours; mais ces symptômes de l'affection bicipitale furent très-modérés et de peu de durée.

Elle n'entra en résolution que dans le mois de mars, et disparut sans laisser aucune trace.

Cet homme, qui était grand, coloré, blond, d'une structure athlétique, avait vu ses forces diminuer considérablement depuis le début de sa vérole. Il eut des accidents consécutifs peu graves qui se reproduisirent fréquemment. Je l'ai perdu de vue depuis la guérison de cette tumeur.

Évidemment, messieurs, une pareille nodosité (c'est bien

là la dénomination qui lui convient) s'était produite sous l'influence de la syphilis. Quoiqu'elle fût beaucoup plus volumineuse qu'un ganglion hypertrophié, et qu'elle occupât une région où il n'en existe pas habituellement, je pensai d'abord à la possibilité de cette anomalie. Mais j'abandonnai cette idée après avoir procédé à l'exploration minutieuse et répétée dont je vous ai donné les résultats.

La nodosité ne paraissait pas, en effet, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais au-dessous de l'aponévrose. Aucun cordon lymphatique hypertrophié n'aboutissait à elle. Elle semblait plonger par sa face profonde dans l'épaisseur du biceps. Mobile dans le relâchement du muscle, elle était immobilisée par sa contraction. Il y avait là un ensemble de caractères qui me portèrent à penser qu'il s'agissait d'une tumeur gommeuse précoce du muscle biceps. Je n'oserais pourtant pas l'affirmer : je livre ce fait obscur à votre appréciation.

Quoi qu'il en soit, vous voyez que ces nodosités gommeuses précoces ne présentent pas une grande gravité. Comme presque toutes les productions néoplasiques de cette nature, qui surviennent pendant la première phase de la syphilis, elles sont résolutives et disparaissent sans laisser de traces.

SECTION II

MYOPATHIES GOMMEUSES TARDIVES

Malheureusement il n'en est pas ainsi de toutes les gommes musculaires. Il y en a beaucoup, en effet, qui ne sont plus de simples nodosités, mais des tumeurs très-volumi-

neuses qui envahissent et compriment la plus grande partie du muscle. Au lieu de se résoudre, elles se liquéfient, forment de vastes collections qui, après s'être ouvertes, se convertissent en des ulcérations larges et profondes, très-difficiles et très-longues à guérir.

Les grosses tumeurs gommeuses des muscles restent rarement limitées à l'organe qu'elles ont envahi; elles poussent çà et là des irradiations qui altèrent leur forme primitive; elles développent autour d'elles de l'œdème par compression, de l'ischémie veineuse ou artérielle, des douleurs nerveuses, des phénomènes inflammatoires consécutifs, etc. En un mot, leur processus peut se compliquer d'un grand nombre d'accidents qui les déforment et modifient leur physionomie au point de les rendre méconnaissables et de les faire prendre pour de tout autres tumeurs que des tumeurs syphilitiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Topographie des myômes syphilitiques. — Leur siége. Exemples cliniques.

De la symétrie et de l'asymétrie des productions tertiaires en général, et en particulier des myômes syphilitiques.

Dimension des myômes syphilitiques; leur tendance à envahir les extrémités des muscles.

Processus anatomo-pathologique à trois degrés : ramollissement et ulcération des myômes syphilitiques; leurs transformations scléreuse, cartilagineuse et osseuse.

Analyse microscopique des myômes syphilitiques. — Stade cellulaire : petites cellules; leur régression. — Stade de granulations, ramollissement. — Leur analogie avec le sarcome et les fibroïdes.

Étudions d'abord leur anatomie pathologique. Leur distribution topographique est un peu capricieuse et n'est soumise à aucune règle précise. « Le lieu dans lequel se manifestent les tumeurs musculaires syphilitiques, dit M. le professeur Bouisson, qui a publié sur elles un excellent mémoire (1), est très-variable, et, selon toute probabilité, aucun muscle n'est à l'abri de ce genre d'affection ; pas plus qu'aucun os n'est à l'abri d'exostoses. Jusqu'à ce jour, j'ai observé des tumeurs syphilitiques dans le grand fessier, le trapèze, les sterno-mastoïdiens, le vaste interne et quelques autres muscles du membre inférieur. J'ai vu également une tumeur de même nature dans l'épaisseur du muscle grand pectoral chez un homme qui avait en même temps une périchondrite syphilitique des cartilages costaux... » Vidal a cité une observation de tumeur syphilitique du droit antérieur de la cuisse ; Melchior Robert, du biceps brachial ; Zambacco, une semblable qui englobait le nerf cubital et avait déterminé une rétraction et un engourdissement du membre, en même temps qu'une paralysie incomplète des deux derniers doigts.

Il est bien entendu, messieurs, que je parle seulement des myopathies qui affectent les muscles de la vie de relation. Je me réserve de vous faire plus tard l'histoire des myopathies internes ou viscérales.

D'après Virchow, les gommes musculaires se développent avec une fréquence beaucoup plus grande dans les muscles longs que dans les autres, et elles envahissent surtout les extrémités par lesquels ils s'insèrent aux os. Il pense que ces deux particularités peuvent éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

(1) Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes*, p. 15.

I

A propos du siége qu'elles occupent, je puis vous donner maintenant quelques exemples cliniques de ces productions morbides.

1. — Un boulanger, âgé de 26 ans, contracta, en 1841, un chancre infectant suivi d'accidents constitutionnels de moyenne intensité qui se reproduisirent, à diverses reprises, jusqu'en 1846, bien que toujours traités par des préparations hydrargyriques. En 1847 (sixième année de la syphilis), ce malade éprouva dans le bras droit des douleurs qui augmentaient la nuit, et il s'aperçut, 15 jours après, d'une raideur inaccoutumée dans ce membre. Depuis lors, l'avant-bras s'est fléchi graduellement sur le bras, sans qu'aucune force ait pu l'en empêcher. Contracture très-prononcée du biceps. On sentait au point de jonction des parties charnues et tendineuses, tout près de l'attache inférieure du muscle sur le tendon, une corde, un épaississement fusiforme très-volumineux empiétant à la fois sur le muscle et sur le tendon. L'angle formé par le pli du coude, l'avant-bras étendu autant que possible, était de 140°. On administra de l'iodure de potassium, et on fit envelopper le bras et l'avant-bras de bandelettes d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Au bout d'un mois, le malade était à peu près complétement guéri.

Cette observation que je viens de résumer est rapportée tout au long dans le livre de Melchior Robert (1) sur les *maladies vénériennes*. C'est lui qui l'a recueillie. Elle est d'un grand intérêt pour nous, parce qu'elle présente tout à la fois le caractère des myopathies fonctionnelles, par la

(1) Melchior Robert, *Traité des mal. vénér.*, p. 618.

contracture du biceps, et celui des myopathies gommeuses par la présence de la tumeur fusiforme qui occupait simultanément l'extrémité inférieure du biceps et son tendon. Ne vous ai-je pas dit souvent que le point d'insertion des fibres musculaires sur leurs tendons était un des endroits sur lesquels s'établissait avec prédilection le travail syphilitique?

2. — Deux ans après un chancre syphilitique, suivi d'accidents peu graves, un commis marchand, âgé de 26 ans, tomba dans la consomption : douleurs dans l'extrémité inférieure droite, marche difficile, grande faiblesse corporelle et intellectuelle, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, rétention d'urine avec catarrhe, fièvre. Cinq ou six mois après le début de ces accidents, mort.

« A l'autopsie, pachyméningite hémorrhagique sur le rocher gauche, dans la fosse crânienne moyenne légère rougeur hémorrhagique de la pie-mère. Foyers de ramollissement dans le noyau lenticulaire et la couche optique gauche, avec tumeurs gommeuses, petites, irrégulières, d'un blanc verdâtre.

A l'insertion du muscle trapèze gauche à la clavicule, se trouve une tumeur de 1 pouce 3/4 d'épaisseur, très-dense, colorée par places en gris rougeâtre, en blanc pur ou en blanc verdâtre; à l'intérieur on distingue encore bien les fibres. L'examen microscopique montre des granulations fines très-compactes, avec métamorphose graisseuse et épaississement caséeux dans les endroits jaune blanchâtre. Les ganglions inguinaux sont indurés; le muscle droit de l'abdomen présente, dans certaines parties, des épanchements hémorrhagiques et de la suppuration. Rien de particulier dans la moelle épinière (1). »

(1) Résumé d'une observation rapportée par Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 432.

La tumeur gommeuse du trapèze siégeait ici près de la clavicule. Le point d'insertion des muscles sur les os est encore un lieu de préférence pour ces productions morbides. Celle-ci a coïncidé avec une encéphalopathie syphilitique interstitielle, gommeuse et pachyméningitique des plus graves, qui a entraîné la mort deux ans après l'accident primitif.

II

Quelques syphiliographes anglais, et, en particulier, M. Hutchinson, ont attribué dans ces derniers temps une signification d'une haute portée à la *symétrie* ou à l'*asymétrie* des manifestations syphilitiques. D'après eux, toutes celles qui appartiennent à la période secondaire ou virulente de la maladie sont symétriques, tandis que l'absence de symétrie constitue un des caractères les plus remarquables et les plus constants des accidents tertiaires. Je ne dirai pas que cette opinion est toute de fantaisie, mais elle est entachée d'une telle exagération qu'elle ne peut fournir aucun caractère distinctif fondamental entre les lésions des deux ordres, et encore moins servir de base à une théorie pathogénique. Certes, s'il y a un accident tertiaire et constitutionnel, c'est la tumeur gommeuse. Eh bien, qui n'a vu des tumeurs gommeuses se développer avec une sorte de symétrie sur les deux côtés du corps ? Pour ma part, j'en ai observé, et j'en citerai des exemples en temps et lieu. C'étaient des gommes du tissu cellulaire, du périoste, des ganglions, etc. Celles des muscles ne font pas exception. Le fait suivant en est un exemple :

3. — Un homme âgé de 55 ans, dont la santé avait été détériorée par des privations et par un catarrhe grave de la vessie, contracta un chancre infectant qui fut suivi d'une

éruption syphilitique sur le cuir chevelu, d'une ulcération considérable au voile du palais et de douleurs ostéocopes. Ces accidents se succédaient depuis plusieurs années, et persistaient encore lorsque le malade entra dans le service de M. Bouisson, à l'hôpital général de Montpellier. On lui fit subir un traitement mercuriel, mais la pharyngopathie s'aggrava, et, quelques mois après, une partie du voile fut détruite, la luette tomba et il survint une laryngopathie ulcéreuse, etc.

C'est vers cette époque que le malade s'aperçut pour la première fois d'une tumeur sur la partie antérieure du cou. Les douleurs ostéocopes étaient revenues.

« La partie la plus volumineuse de cette tumeur correspondait à la poignée du sternum, au niveau de l'insertion des muscles sterno-mastoïdiens ; elle avait dans ce point le volume d'une orange, et paraissait un peu bilobée, chaque lobe correspondant lui-même à l'extrémité inférieure des muscles désignés. L'extrémité supérieure de chaque lobe se prolongeait dans la direction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le muscle était triplé de volume de chaque côté et faisait, par conséquent, un relief considérable. L'ensemble de la tumeur présentait une sorte de corde demi-elliptique, renflée au point de jonction qui correspondait au sternum. Cette tumeur était d'une dureté remarquable, surtout au niveau de son prolongement le long du cou ; elle n'offrait au reste aucune trace de fluctuation ni de disposition lobulée de densité inégale. Aucun battement ne s'y faisait sentir et la peau qui la recouvrait ne présentait ni adhérence ni coloration anormale. La portion libre des sterno-mastoïdiens était seule contractile, mais une raideur complète empêchait la contraction de la moitié inférieure de ces muscles, et cette disposition gênait les mouvements du cou, particulièrement ceux de flexion. Au reste il y avait

peu de sensibilité à la pression, et la douleur spontanée qui s'y manifestait n'était ni pulsative, comme dans les douleurs inflammatoires, ni lancinante comme dans le cancer. C'était une douleur sourde et continue comme celle que la syphilis détermine dans la périostose et s'exaspérant dans la nuit et les temps humides. » L'iodure de potassium ne fut donné qu'à la dose moyenne de 60 à 75 centigrammes par jour. Néanmoins, dès le vingtième jour, la tumeur avait diminué de moitié. Un mois après, disparition complète de la portion sternale ; plus tard, guérison complète (1).

(1) Résumé d'une observation de M. le professeur Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes*, p. 4-6.

Le Dr Siry a publié une observation de *tumeurs syphilitiques des muscles sterno-mastoïdiens*, qui présente une grande analogie avec celle de M. le professeur Bouisson.

La malade, âgée de 32 ans, avait probablement contracté la syphilis à l'âge de 17 ans, dans les premiers mois de son mariage, puisqu'elle eut à cette époque des éruptions sans prurit sur les seins et à la partie interne des grandes lèvres, et qu'elle accoucha d'un premier enfant mort-né à huit mois, puis d'un second qui ne vécut que six semaines et d'un troisième qui, après avoir commencé à dépérir vers son 70e jour, mourut à l'âge de 16 mois. Plus tard, elle eut trois enfants dont la santé fut toujours bonne.

Cette dame se porta bien jusqu'à l'âge de 31 ans environ, c'est-à-dire jusqu'à la 13e ou 14e année de sa syphilis, en admettant qu'elle l'eût contractée à l'époque précédemment indiquée. C'est alors qu'après avoir eu des rougeurs violacées dans la région sous-claviculaire gauche pendant 7 mois, le tiers supérieur de la région sternale se tuméfia peu à peu, puis les deux sterno-mastoïdiens se prirent et furent transformés, dans presque toute leur totalité, en deux *cordons durs* qui reproduisaient la forme et le volume du muscle. Un an après le début des accidents, une petite ulcération se montra sur le sterno-mastoïdien droit.

« Le haut de la région sternale est, dans une étendue de 6 à 7 centimètres, bombé, d'une résistance un peu élastique à la pression et sans changement de couleur du tégument. Sur la partie in-

Ne trouvez-vous pas que cette observation est un type remarquable de tumeurs gommeuses et qu'elle résume presque tous les caractères des myopathies analogues? La filiation des accidents constitutionnels est facile à suivre. La nature de la production morbide, malgré les difficultés de diagnostic que présente la région du cou, était évidente dès les premiers jours; mais, eût-elle été incertaine, que l'action merveilleuse de l'iodure de potassium aurait suffi pour lever tous les doutes. Vous voyez que cette tumeur était symétrique et développée d'un côté autant que de l'autre. Dans une belle leçon sur les tumeurs syphilitiques musculaires, Nélaton faisait remarquer, en 1861, qu'une chose à noter dans leur histoire c'est qu'il était assez commun de les voir affecter, dans leur développement, comme certaines maladies constitutionnelles, une symétrie frappante. Nous sommes donc loin de l'opinion de M. Hutchinson sur l'*asymétrie* des accidents tertiaires. Souvent

férieure du sterno-mastoïdien gauche, la peau est violacée, un peu amincie et adhérente aux organes sous-jacents, dans trois points, de la superficie d'un gros pois. L'ulcération du sterno-mastoïdien droit, située à 1 centimètre au-dessus de son attache inférieure, est profonde de 5 millimètres au moins et douloureuse au toucher; elle revêt une forme ovalaire dont le plus grand diamètre, parallèle à la direction du muscle, mesure 3 centimètres. Les bords de cet ulcère sont décolorés dans une étendue d'un centimètre, très-transparents, et son fond, d'une consistance ferme et d'une coloration blanchâtre, sécrète un liquide séro-purulent. »

La malade, traitée par l'iodure de potassium, fut guérie au bout de trois mois.

Evidemment cette lésion était syphilitique. La maladie constitutionnelle ignorée ou méconnue jusqu'alors avait évolué librement. Après des débuts obscurs qui remontaient à 14 ans, elle produisait une affection syphilitique de la partie supérieure du sternum et des muscles mastoïdiens, et cette affection était à peu près exactement symétrique dans les deux muscles. (*Progrès médical*, année 1875, p. 242.)

les exostoses sont symétriques. Beaucoup de tumeurs non syphilitiques se développent aussi d'une façon symétrique. J'ai recueilli, à l'hospice des Ménages, un cas très-curieux de lipomes qui, quoique en nombre très-considérable, présentaient tous une identité presque complète de chaque côté du corps, au point de vue du siége, du volume, etc.

III

Les myômes syphilitiques présentent des dimensions très-variables. Ils deviennent quelquefois énormes, ainsi que le prouve le fait suivant :

4. — Chez une journalière, âgée de 53 ans, qui présentait une paralysie presque complète des extrémités inférieures, on constata, dans le service du professeur Frerichs, l'existence d'une tumeur ovale, allongée, très-compacte, assez douloureuse, placée à côté de la colonne vertébrale. Elle s'étendait de la première vertèbre dorsale jusqu'à la huitième et écartait l'omoplate de la paroi thoracique.

Après s'être accrue au début, cette tumeur s'atrophia au point qu'on ne pouvait plus la sentir. La malade prenait de l'iodure de potassium. Elle n'en eut pas moins des eschares, de la cystite, des vomissements, des troubles de la respiration et de la parole, et elle mourut par suite de l'aggravation progressive des accidents cérébro-spinaux.

« L'autopsie démontra, outre une cicatrice à l'entrée du vagin, une dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière, au point que, des deux côtés du long sillon postérieur, il ne restait qu'une traînée blanche et étroite. Les restes de la tumeur dans le long dorsal étaient très-considérables et se prolongeaient assez dans toute l'étendue qui avait été remarquée originairement. Dans de gran-

des portions, les fibres musculaires avaient complétement disparu; dans d'autres, on pouvait encore les reconnaître, tandis que le muscle avait été remplacé par une masse en partie d'un gris blanchâtre, en partie jaune, disposée en faisceaux continus. Les limites de cette nouvelle masse n'étaient nulle part bien nettes. Au microscope, cette masse était composée d'un tissu granuleux très-épais, à petites cellules, qui, en beaucoup d'endroits, était en pleine métamorphose graisseuse et passait rapidement à l'état de masse caséeuse granuleuse, et qui, formée en partie de tissu connectif interstitiel, en partie de tissu connectif calleux de nouvelle formation, était disposée en séries qui répondaient à la direction des faisceaux fibreux (1). »

Comme le fait remarquer le professeur Virchow, cette observation laisse beaucoup à désirer au point de vue des antécédents. Mais la composition anatomique de la tumeur, et sa diminution partielle si rapide dans les derniers temps de la vie, démontrent suffisamment son origine syphilitique.

Avant d'aborder la structure des myômes syphilitiques, signalons encore quelques particularités de leur histoire. D'après Virchow, les muscles des extrémités inférieures, de la nuque et du cou y sont surtout exposés ; malgré son volume considérable, la tumeur a plutôt le caractère d'un gonflement qui se rattache à la forme du muscle que celui d'une production indépendante.

Les myômes, à cause de leur tendance à envahir les extrémités des muscles, se compliquent souvent de tumeurs gommeuses des tendons et de périostoses. Ils peuvent aussi envahir les parties voisines, surtout pendant leur période

(1) Résumé d'une observation de Virchow, *Pathologie des tumeurs*. tome II, p. 431.

de ramollissement, et entraîner des pertes de substance considérables.

Il est bien établi aujourd'hui que les myômes syphilitiques n'ont pas leur point de départ primitif dans la fibre musculaire, mais bien dans le tissu conjonctif interstitiel des muscles. C'est au sein de ce tissu que leurs éléments prennent naissance et prolifèrent. La partie active de l'organe n'est atteinte que consécutivement.

IV

On s'accorde à reconnaître, avec M. Bouisson, trois degrés, dans leur processus anatomo-pathologique.

Premier degré. — Gonflement local et circonscrit dans une étendue plus ou moins considérable du muscle, ayant une consistance plus grande que celle de l'œdème. Sur la section de la partie malade, faisceaux musculaires décolorés, au milieu d'un épanchement plastique de couleur grisâtre.

Deuxième degré. — Ramollissement de la matière épanchée, et sa transformation en un liquide visqueux, filant, semblable à une solution de gomme. Quand une inflammation intercurrente se manifeste au sein de la tumeur, ou plutôt à sa périphérie, le processus peut prendre les allures d'un phlegmon ; du pus se forme au centre du muscle, les fibres ramollies se détruisent, et il se fait des délabrements plus ou moins considérables. « Je soupçonne, dit M. Bouisson, que plusieurs abcès intra-pelviens, des psoïtis ou des inflammations destructives du muscle iliaque interne, ne sont que des phlegmasies syphilitiques des muscles de la région lombo-pelvienne. J'ai plusieurs fois observé des complications de ce genre chez des sujets atteints de syphilis, et, récemment, j'ai appelé l'attention des élèves qui suivent ma clinique sur un fait de cette nature. Il s'agissait d'un soldat qui portait à l'aine un bubon cons-

titutionnel, consécutif à un chancre induré. Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade fut pris d'inflammation chronique des muscles psoas et iliaque du côté gauche. Une tumeur considérable, formée dans le bassin, vint faire saillie au niveau du ligament de Fallope. Il fallut donner issue, à l'aide du bistouri, à une énorme collection. Le malade, soumis à un traitement antivénérien, se rétablit complétement. »

Le liquide qui résulte du ramollissement des myômes musculaires est quelquefois brunâtre et résulte d'un mélange de sang et de pus. Ce fait s'observe toujours, d'après Nélaton, quand ces tumeurs occupent les membres inférieurs et que le malade a continué à marcher.

Troisième degré. — Induration des tumeurs syphilitiques musculaires non ramollies. Leur transformation en tissu simplement scléreux ou en tissu subcartilagineux, cartilagineux et osseux. Dans la collection de M. le professeur Dubreuil, de Montpellier, existe le squelette d'un Arabe qui avait eu la syphilis, et chez lequel, outre de nombreuses exostoses, il y avait eu ossification d'un grand nombre de muscles à leur point d'insertion. Les productions osseuses de ce squelette sont styliformes, laminées ou de toute autre configuration, suivant la configuration des muscles qui ont participé à l'altération.

L'analyse microscopique des myômes syphilitiques a démontré qu'ils étaient essentiellement constitués par un tissu de granulation très-compacte, à petites cellules, siégeant dans le tissu connectif intra-musculaire. La dégénérescence graisseuse s'empare vite de ce tissu embryonnaire. Les cellules disparaissent alors complétement et il ne reste qu'une masse amorphe, en apparence, riche en graisse et composée d'une masse finement granulée.

Pendant le stade cellulaire des myômes syphilitiques,

qui dure chez eux beaucoup plus longtemps, d'après Virchow, que dans toute autre espèce de tumeur de ce genre, à l'exception peut-être des tumeurs cérébrales, on rencontre un très-grand nombre de petites cellules, rondes pour la plupart et à un noyau (Robin).

Il est rare qu'on constate des cellules de pus au sein des myômes syphilitiques, à moins qu'un travail phlegmoneux n'ait envahi leur périphérie et hâté leur ramollissement. On a confondu avec du pus les éléments désagrégés provenant de la régression graisseuse. Cette erreur était commune avant qu'on eût recours à l'examen microscopique.

Au pourtour des myômes, les fibres musculaires sont pâles, atrophiées, granuleuses. Elles finissent par disparaître ou se transformer en tissu scléreux.

« Comme les grandes dimensions des myômes syphilitiques les placent à côté des formes les plus complètes de ce genre, il est d'autant plus facile, dit Virchow (1), de les confondre avec d'autres productions, surtout avec les sarcomes à petites cellules. Sidney Jones (2) a décrit quelques cas très-caractéristiques de ce genre dans les muscles de l'épaule et du bras, et Senftleben a signalé particulièrement leur analogie avec les fibroïdes (3). »

(1) *Loc. cit.*, p. 17.

(2) Sidney Jones, *Transact. of the Path. soc. Lond.*, vol. VII, p. 346, pl. X, f. 5-6, vol. XI, p. 246.

(3) Senftleben, *Archiv. f. klin. chirurgie*, t. I, p. 107.

DESCRIPTION CLINIQUE DES GOMMES MUSCULAIRES.

Symptômes du début : Absence de douleurs vives. — Dureté diffuse faisant corps avec le muscle, s'immobilisant ou se déplaçant avec lui, se moulant sur sa forme, etc.

Symptômes de la période d'état : la tumeur se constitue et se dégage du tissu musculaire. — Ses formes. — Sa consistance. — Sa mobilité. — État de la peau et des parties voisines de la tumeur.

Troubles fonctionnels : — Indolence de la tumeur. — Gêne des mouvements.—Phénomènes morbides dus à la compression.

Symptômes de la période de régression : adhérence, rougeur, amincissement, perforation de la peau. — Ulcération. — Inflammation. — Gangrène.

Divers modes de terminaison des myomes syphilitiques : ramollissement. — Résolution. — Sclérose.

Diagnostic : antécédents. — Coïncidences pathologiques. — Diagnostic du siége. — Sarcomes. — Fibroïdes.

I

Je passe maintenant à l'étude clinique des myomes syphilitiques. Il est indispensable d'examiner avec le plus grand soin toutes les circonstances symptomatologiques de leur processus pour résoudre la question du diagnostic, qui n'est pas toujours sans difficultés.

Il arrive rarement que l'apparition des myomes syphilitiques soit précédée de vives douleurs. On observe plutôt, dans l'endroit où elle doit se faire, un sentiment plus ou moins pénible de gêne, qui s'exaspère pendant la contraction du muscle. Mais en même temps que le trouble local de la sensibilité, il peut exister les douleurs ostéocopes caractéristiques ou des céphalées propres à la période des productions gommeuses. A cette période du myome, on ne

découvre pas encore de tumeur proprement dite ; il n'y a qu'un simple changement de consistance dont il n'est possible de se rendre compte que pendant le relâchement du muscle. C'est une dureté diffuse, homogène, profonde qui fait corps avec l'organe et est dégagée de toute connexion avec le tissu cellulaire sous-cutané, et qui s'immobilise ou peut être déplacée suivant que les fibres musculaires sont au repos ou en état de contraction. Quand on palpe cet empâtement dur, on ne peut pas le circonscrire; il se confond insensiblement par ses bords avec le tissu musculaire qui l'environne et reste ainsi pendant plus ou moins longtemps indécis dans ses contours. Sa forme se modèle presque toujours sur celle du muscle et elle épaissit dans tous les sens la portion qu'elle a envahie. Une douleur sourde, accrue par la palpation et par la contraction musculaire, parfois des élancements, un obstacle qui semble empêcher le muscle d'obtenir le maximum en effort contractile, mais n'apporte qu'une gêne modérée à l'exercice de ses fonctions, tels sont les troubles physiologiques de cette première période.

On comprend du reste qu'il doit exister une grande variété dans ces symptômes suivant la position du muscle, l'étendue de la production morbide, l'indolence ou l'activité de son processus. Lorsque par exemple les myomes syphilitiques sont très-superficiels et évoluent rapidement, la peau qui les recouvre peut être légèrement altérée ; elle prend une faible teinte violacée et perd de sa mobilité par suite de l'œdème sous-cutané qui se produit à la surface de la tumeur. Mais cette participation de la peau et des parties voisines de la tumeur au travail morbide qui s'accomplit dans son intérieur s'observe surtout, comme je vous l'ai dit, dans les myosites spécifiques, et pour les myomes, pendant la phase de leur ramollissement.

II

Peu à peu et toujours très-lentement, ces productions gommeuses augmentent de volume et se convertissent en véritables tumeurs. Par suite, leur physionomie s'accentue et devient plus personnelle en se dégageant, par des signes caractéristiques, du tissu musculaire d'où elles émergent.

Dans cette période d'état, le volume des gommes musculaires peut acquérir des dimensions considérables; ce ne sont plus alors des nodosités, mais des tumeurs qui s'étalent sur toute une région, envahissent ou refoulent toutes les parties adjacentes.

Leur forme varie suivant les muscles; mais, en général, elle est fusiforme, globuleuse ou ovoïde; elle change du reste avec le temps parce que, à mesure que la tumeur augmente, elle peut être gênée, arrêtée dans un sens ou dans un autre, soit par des os, soit par des aponévroses. Les myomes syphilitiques qui envahissent la partie moyenne du muscle sont en général plus réguliers que ceux de leurs extrémités. On peut apprécier cette forme avec le seul secours de la vue, quand la tumeur fait une saillie considérable au-dessus de la peau, ce qui a lieu pour les muscles superficiels. Mais, pour la déterminer nettement, il faut recourir à la palpation.

Au moyen de ce mode d'exploration on constate que la tumeur a des contours qu'on peut limiter, sinon dans toute son étendue, du moins dans quelques parties. Si le muscle est très-long et qu'elle en occupe la partie moyenne, on peut la saisir dans tous les sens et juger ainsi exactement de son volume. Mais dans les grands muscles, elle se perd par sa base au milieu de leurs fibres, et l'on n'arrive à explorer que ses bords et sa surface extérieure. Ces bords et cette surface sont réguliers, excepté quand ils contractent des

adhérences ou poussent des prolongements sur les parties voisines.

III

La consistance des myomes syphilitiques, pendant la période d'état, est plus ferme qu'au début; elle se distingue facilement, sur presque tous les points, de la flaccidité pâteuse des fibres musculaires pendant le relâchement, et de la dureté particulière qu'elles prennent en se contractant. Cette consistance propre aux tumeurs gommeuses musculaires est donc permanente, c'est-à-dire la même à tous les moments. Elle est même de plus homogène, c'est-à-dire la même dans toutes ses parties.

Un point important dans la symptomatologie des myomes syphilitiques, c'est le plus ou moins de facilité à leur imprimer des mouvements. Cette remarque, qui a été faite par Warren, est applicable du reste à toutes les tumeurs musculaires, quelle que soit leur nature. Ces tumeurs, lorsqu'elles sont confinées dans le muscle et n'ont pas contracté d'adhérence avec les parties voisines, ont toujours un degré plus ou moins grand de mobilité qui est variable suivant les muscles. Mais cette mobilité n'existe que lorsque le muscle est au repos. Du moment qu'il se contracte, elle disparaît, et fait place à une fixité qui dure aussi longtemps que la contraction musculaire, augmente, diminue ou disparaît avec elle.

Dans les myomes syphilitiques à marche très-lente, la peau reste libre, intacte, sans changement de coloration, alors même qu'ils sont très-superficiels. Mais, moins rarement que dans la première période de leur évolution, elle prend une teinte violacée ou perd de sa mobilité par suite de l'engorgement œdémateux du tissu cellulaire sous-

cutané. Ces modifications révèlent habituellement le travail continu de désorganisation qui s'accomplit dans leur intérieur, ou elles sont l'indice de quelque complication. Rigoureusement, elles appartiennent donc plutôt à la période d'involution qu'à la période d'état.

IV

Les troubles fonctionnels consistent en une gêne plus grande dans l'exercice du muscle. Il perd de sa force à la longue ; mais on voit qu'il est surtout entravé pour ainsi dire matériellement dans son action ; que l'irritabilité de sa fibre, que son innervation ne sont pas en jeu, comme dans les myopathies avec contracture. Pourtant il se produit quelquefois de véritables rétractions, comme dans le cas de Melchior Robert que je vous ai cité. Il est vrai que dans ce cas, le myome occupait tout à la fois la partie inférieure du biceps et son tendon. La douleur, spontanée ou à la pression, reste sourde et ne s'élève jamais à un haut degré d'intensité. Si elle devient très-vive, irradiante, paroxystique, c'est que la tumeur a envahi quelques-uns des gros cordons nerveux avec lesquels elle est en contact. On observe alors les phénomènes paralytiques et douloureux qui sont propres à la compression des nerfs. En même temps que ces phénomènes, il en survient quelquefois d'autres, également à distance, tels que la teinte cyanique, l'œdème de l'extrémité du membre, etc., lorsque la compression porte aussi sur les veines et gêne la circulation en retour. C'est alors que la température du membre affecté peut s'abaisser; mais, sauf ces circonstances exceptionnelles, elle reste à l'état normal, même au niveau de la tumeur, qui ne s'échauffe que lorsqu'elle se complique

d'inflammation périphérique ou se précipite violemment dans la phase régressive.

V

C'est cette phase en effet qui est la plus compliquée et la plus féconde en incidents de toutes sortes. C'est elle qui modifie la physionomie de l'affection, l'altère ou la change complétement, au point de dérouter l'observateur qui n'a pas été témoin des périodes antérieures.

Ce qui caractérise essentiellement cette période des myomes syphilitiques, c'est le passage de l'état solide à l'état liquide. Une pareille transformation peut s'effectuer sans autre changement notable que la consistance de la tumeur. De dure, elle devient peu à peu molle, du centre à la périphérie, de la profondeur à la surface. Elle finit par se liquéfier dans sa totalité, par devenir fluctuante sur tous ses points, et elle présente alors les mêmes caractères qu'un abcès froid sous-cutané ou une tumeur sous-cutanée ramollie. Mais la peau reste rarement intacte; elle commence par perdre de sa mobilité, puis elle devient violacée, s'amincit, prend plus tard une teinte rouge foncé et se perfore à la longue sur un ou plusieurs points de la collection, s'ulcère et se détruit. La tumeur évacue son contenu qui est filant, gommeux ou ressemble à du pus. Il en résulte une cavité ulcéreuse plus ou moins vaste, à bords taillés à pic, à parois stratifiées comme celles des ulcérations gommeuses, à fond grisâtre, inégal, fongueux, constitué par la portion non ramollie du néoplasme qui la sépare des fibres musculaires ou des parties adjacentes.

Si peu actif que soit ce travail de transformation, il ne s'accomplit pas sans développer autour de lui quelques phénomènes d'irritation inflammatoire qui s'ajoutent à

ceux de la tumeur, et produisent une aggravation des troubles fonctionnels déjà existants ou en suscitent de nouveaux.

Mais les choses ne se passent pas toujours avec cette simplicité, surtout dans les myomes syphilitiques volumineux des grands muscles. Ils commencent par perdre leur mobilité, même pendant le relâchement du muscle; ils contractent des adhérences avec les parties voisines, les englobent, les compriment, déterminent un œdème demi-inflammatoire ou même phlegmoneux du tissu cellulaire sous-cutané, tendent la peau qui devient adhérente, rouge, chaude, luisante, s'amincit rapidement, se décolle, s'ulcère et livre passage à une matière brunâtre, épaisse, filante, au-milieu de laquelle on trouve parfois des bourbillons, des flocons plus ou moins étendus de tissu cellulaire mortifié, indice du travail, non plus de régression calme, moléculaire, mais de destruction rapide, de sphacèle en masse, qui s'est emparé de la tumeur et des parties adjacentes. Nul doute qu'en pareil cas on ne parvînt à découvrir, à l'aide du microscope, des débris de fibres musculaires au milieu des produits liquides ou solides qui sortent de la cavité si brusquement formée. Le ramollissement inflammatoire des myomes, avec complication de sphacèle, ne s'effectue jamais, ainsi que l'a fait remarquer Nélaton, quand la tumeur est purement musculaire.

VI

Entre les deux degrés extrêmes de la phase régressive, que je viens de vous décrire, il y a des variétés très-grandes dans la forme, la durée, les limites, le mode symptomatique de l'involution. Il me paraît inutile d'entrer à cet égard dans des détails oiseux et dont vous pouvez facile-

ment vous rendre compte en combinant, suivant toutes les proportions, les éléments propres à la régression de la tumeur avec les phénomènes inflammatoires ou gangréneux qu'elle peut susciter autour d'elle.

Mais fort heureusement ces terminaisons, qui, même dans les cas les plus favorables, sont toujours plus ou moins destructives, ne se produisent qu'exceptionnellement. La marche lente de la tumeur avant cette période a permis de reconnaître sa nature et de lui opposer la médication la plus propre à la faire disparaître, avant qu'elle ait accompli le cercle complet de son évolution. Il est probable aussi que quelques myomes syphilitiques ont de la tendance à guérir spontanément, comme il en est d'autres que le traitement n'arrête pas et qui aboutissent fatalement à leurs dernières conséquences.

Le mode de terminaison le plus favorable est la résorption graduelle et complète de la tumeur. Comme elle n'a fait qu'écarter, que dissocier les fibres musculaires, celles-ci peuvent revenir à leur état normal, pourvu qu'elles n'aient pas été trop longtemps comprimées. Le muscle recouvre donc, avec son volume normal, sa souplesse et sa contractilité. Il est rare qu'il reste faible ou atrophié d'une manière définitive.

Il n'en est pas ainsi quand la tumeur se ramollit et se convertit en une ulcération plus ou moins vaste. La substance du muscle subit une déperdition plus ou moins considérable; elle est remplacée par un tissu de cicatrice inerte après la guérison de la tumeur gommeuse. Les désordres fonctionnels qui en résultent sont proportionnés à l'étendue de la lésion.

Parmi les autres modes de terminaison, je me contenterai de vous signaler celui que je vous ai déjà décrit à propos des myosites, c'est-à-dire la transformation des pro-

duits néoplasiques en tissu scléreux, sans ramollissement et sans ulcération préalable de la tumeur. On l'observe plus rarement dans les myomes que dans les myosites.

Comme dans toutes les affections qui procèdent d'une cause constitutionnelle, les antécédents, le processus de la maladie générale, la simultanéité d'accidents qui révèlent son existence d'une façon péremptoire, etc., etc., sont autant de circonstances capitales dans la question du diagnostic. Il est bien clair, en effet, que, si une tumeur musculaire se développe en même temps que des périostoses, des syphilides ulcéreuses, des syphiloses pharyngo-nasales, ou autres accidents de la période gommeuse, on pourra dire, *à priori*, et sans crainte de se tromper, qu'il s'agit d'un myome syphilitique.

Mais s'il est impossible de découvrir aucune coïncidence pathologique révélatrice de la cause spécifique; si en fouillant le passé du malade on ne trouve aucune trace positive de son action locale ou générale ; si la lésion apparaît isolée dans la vie actuelle de l'individu et sans racines dans sa vie antérieure, le jugement qu'on portera sur elle, au lieu d'être primesautier, devra se baser sur une analyse minutieuse et comparative de tous les caractères physiques de ces tumeurs et des tumeurs qui leur ressemblent le plus. En procédant de cette façon on peut, avec les seuls phénomènes intrinsèques, diagnostiquer la nature de ces productions morbides.

Il n'en est pas ainsi lorsqu'on ne les observe qu'à leur période de ramollissement, ou lorsque, quittant leur siége primitif, elles s'étendent aux parties voisines, y suscitent des phlegmons consécutifs, inflammatoires ou gangréneux. On se trouve alors en présence d'une collection liquide, à allures plus ou moins suspectes, dont on ne découvre pas toujours le point de départ au moyen d'une exploration

physique, si habile qu'elle soit. C'est dans le récit plus ou moins exact que fait le malade des états successifs par lesquels a passé la tumeur avant d'en venir au point où elle en est, qu'on trouvera les éléments les plus certains du diagnostic.

Il peut arriver qu'on soit parfaitement édifié sur la nature spécifique d'une tumeur gommeuse qui siége dans la région qu'occupent tels ou tels muscles, mais qu'on soit fort embarrassé pour lui assigner un siége précis, pour établir par exemple si elle est sous-cutanée, aponévrotique ou musculaire. Entre les gommes sous-cutanées et les myomes syphilitiques la distinction est généralement facile. Il n'en est pas de même entre les tumeurs aponévrotiques et les musculaires. Du reste, peu importe : les tumeurs musculaires envahissent d'ordinaire les aponévroses et réciproquement. Ces subtilités diagnostiques ne sont d'aucune utilité.

Les tumeurs musculaires ne se compliquent point d'adénopathies, ou, si les ganglions s'engorgent, c'est dans une faible mesure et autant par suite d'un travail irritatif commun ou sympathique, que par suite d'une action spécifique, aboutissant à une néoplasie (1). Il n'en est pas ainsi dans les sarcomes des muscles qui présentent quelquefois une grande ressemblance avec les myomes syphilitiques. L'envahissement des ganglions par un tissu de même nature que le sarcome est, pour ainsi dire, fatal à un moment du processus. C'est une circonstance diagnostique qui pourrait être d'une grande valeur si toutes les autres faisaient défaut.

Enfin, quand on est obligé de suspendre son jugement,

(1) Les ganglions peuvent être envahis, eux aussi, par des tumeurs gommeuses; mais ce serait l'effet du hasard qu'ils le devinssent précisément dans la sphère de la circulation lymphatique du myome.

quand on hésite, par exemple, entre un fibroïde et un myome syphilitique, le traitement spécifique, qu'il ne faut pas manquer de prescrire dans les cas douteux, ne tardera pas à dissiper toutes les incertitudes.

NOTE.

A l'appui de la description qu'on vient de lire, je vais rapporter quelques cas d'affections gommeuses des muscles, que j'ai observés depuis l'époque où ces leçons ont été faites, c'est-à-dire depuis l'année 1876.

I

J'ai éprouvé récemment quelque embarras pour préciser le siége d'une énorme tumeur gommeuse que j'ai traitée pendant sa phase de suppuration. Le malade, âgé de 57 ans, avait contracté un chancre infectant ulcéreux, en février 1872. Les accidents consécutifs furent insignifiants et se bornèrent à quelques maux de gorge, à des croûtes dans les cheveux; il n'y eut pas même de roséole, ou elle passa inaperçue. Depuis cette époque, les accidents syphilitiques ne se sont pas reproduits, et, sauf plusieurs bronchites, M. X... a toujours eu, après comme avant sa syphilis, une très-bonne santé. Il n'a été traité pendant quelques jours que par une personne étrangère à la médecine.

En mars 1876 (4e année de la syphilis), une grosseur poussa sur le bras gauche, en dehors et un peu en arrière, à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'épicondyle, sans causer de douleurs et sans entraîner aucun trouble de la santé générale, ni d'autre lésion fonctionnelle qu'un peu de gêne dans les mouvements du membre. Cette tumeur devint peu à peu très-volumineuse, d'une grande dureté et s'ouvrit sponta-

nément en janvier 1877. Aucun traitement n'avait été institué

Lorsque ce malade vint me consulter, le 29 mars 1877 (5e année de la syphilis), je constatai l'état suivant: bronchite chronique et emphysème; bonne santé générale; cicatrice du chancre infectant dans le sillon balano-préputial à gauche. Ulcération de 0,05 centimètres de longueur, sur 0,03 de largeur, ovalaire de haut en bas, occupant le lieu sus-indiqué, profonde, à bords taillés à pic et décollés en haut, reposant sur une vaste base d'induration qui a deux fois sa superficie et qui plonge dans les régions profondes du bras, dans les masses musculaires, jusqu'au voisinage de l'os. Cette masse gommeuse ulcérée est indolente; elle ne cause que peu de gêne dans les mouvements du membre. Néanmoins, elle me semble occuper non-seulement la peau et le tissu cellulaire, mais la partie externe du muscle triceps. La question est de savoir si elle a débuté par le muscle ou si elle ne l'a envahi que consécutivement. Je pencherais pour cette dernière hypothèse. Il n'existait aucune autre manifestation syphilitique; mais il n'était pas douteux que la lésion fût gommeuse. Le traitement à lui seul l'aurait prouvé. Je prescrivis 4, puis 6 grammes d'iodure de potassium par jour et des pansements avec un mélange à parties égales de masse emplastique de Vigo hydrargyrisé et d'onguent napolitain. Le 11 avril, cette grande ulcération était diminuée de plus de moitié. Les 17 jours de traitement avaient en outre fait disparaître une grande étendue de l'induration périphérique, sans permettre, toutefois, de savoir par où avait débuté la production morbide (1).

II

Voici un fait qui présente quelque intérêt au point de vue

(1) Le malade, entré dans mon service le 27 mars, en est sorti à la fin d'avril, à peu près complétement guéri: l'ulcération était réduite aux dimensions d'une pièce de 20 centimes avec un petit cul-de-sac en haut. Sa cicatrice était déprimée et profonde par suite de la perte de substance occasionnée par la fonte de la tumeur gommeuse.

du diagnostic. Je l'emprunte à une leçon de M. Ledentu, faite à l'Hôtel-Dieu en 1875 (*Gaz. des hôpitaux*, 1875, p. 433).

Le malade, âgé de 38 ans, était vigoureux, bien portant, sans scrofule, et niait de bonne foi tout antécédent syphilitique. A la suite d'un effort, il éprouva un craquement et une douleur assez vive dans le mollet droit, et, 3 ou 4 jours après, il s'aperçut, pour la première fois, qu'il portait une tumeur grosse comme le pouce, indurée, située sur le ventre charnu du muscle jumeau externe. La douleur alla en diminuant, mais la tumeur augmenta. Deux mois après, elle était longue de 14 centimètres et large de 0,10. A son niveau, la circonférence du mollet surpassait de 3 centimètres celle du côté opposé. Cette tumeur était allongée, dure, bien limitée ; elle reproduisait exactement la forme du ventre charnu du jumeau externe hypertrophié, oblique comme lui en bas et en dedans. A ce niveau, un peu d'empâtement de la peau et des tissus sous-cutanés, sans adhérences ; mobilité de la tumeur sur les parties profondes. En faisant contracter le jumeau, on rendait la tumeur plus dure et on l'immobilisait. La tumeur était évidemment musculaire. Il n'existait aucune lésion syphilitique actuelle ; on ne découvrit que deux cicatrices noirâtres sur les membres inférieurs, qui ressemblaient beaucoup à des cicatrices d'ecthyma. Ainsi renseignements et antécédents nuls ; l'effort n'avait fait que révéler l'existence de la tumeur.

M. Ledentu conclut, par élimination, à la nature syphilitique de cette lésion, en écartant successivement, et pour des raisons plausibles : 1° le *cancer ;* 2° les *fibromes*, avec ou sans ossification ; 3° les *kystes hématiques* consécutifs à des tumeurs sanguines, qui sont fluctuants ; 4° les *kystes hydatiques ;* 5° les *hématomes :* ils ne reproduisent pas la forme du muscle ; ils atteignent du premier coup leur maximum de volume ; plus tard, ils diminuent, soit qu'ils se convertissent en un kyste liquide ou en un dépôt fibrineux ; 6° les *affections simplement inflammatoires* des muscles, *abcès* et *myosites*. Les *abcès chauds* des muscles sont très-rares ; on les rencontre le plus souvent dans la langue et dans les muscles du bras ; ils

restent petits et globuleux. Les *abcès froids* sont plus communs que les chauds et ils dépendent généralement de la scrofule. Ils sont parfois bien limités et fort difficiles à distinguer des tumeurs solides. C'est avec eux que les myosites chroniques syphilitiques pourraient être quelquefois confondues. Les *myosites traumatiques* sont mal connues ; elles ont sans doute une marche plus aiguë, elles provoquent une sensibilité plus vive et se terminent plus promptement, soit par résolution, soit par suppuration ; 7° les *phlébites intra-musculaires*, chez les sujets porteurs de varices : elles pourraient simuler les myosites gommeuses; mais alors les douleurs sont fort vives, les mouvements spontanés des muscles deviennent impossibles et il y a généralement de la fièvre.

Le diagnostic fut donc : *infiltration syphilitique du muscle jumeau externe.* L'iodure de potassium fut administré, lorsqu'on eut constaté que la tumeur, abandonnée à elle-même, augmentait peu à peu. Sous l'influence de ce sel, le muscle diminua rapidement de volume dans tous les sens. Au bout d'un mois la guérison était complète.

III

J'ai observé récemment un cas semblable au précédent, avec cette différence, toutefois, que la production morbide était beaucoup moins considérable, et qu'elle était survenue à une époque très-rapprochée de l'accident primitif.

Le malade, âgé de 25 ans, contracta un chancre infectant qui fit son apparition le 15 octobre 1876. Quelques jours après, il vint à la consultation de l'hôpital du Midi, où on commença un traitement spécifique qui n'a pas été interrompu depuis. La première poussée a consisté en maux de gorge et en petites papules disséminées sur toutes les parties du corps. Il en a été guéri à la fin de décembre 1876.

Vers la fin de janvier et au commencement de février, il survint une deuxième poussée, caractérisée par une éruption de taches de roséole et par des plaques muqueuses confluentes sur l'isthme et les amygdales. Je constatai ces lésions

le 19 février 1877 (4e mois de la syphilis). Il existait, en outre, des douleurs dans les deux jarrets : elles avaient débuté 8 ou 10 jours auparavant ; après avoir été régulièrement intermittentes, elles s'étaient fixées dans le creux poplité gauche. En palpant la région, le malade s'aperçut qu'il existait là un gonflement douloureux ; aucune blessure, aucun bouton au pied ; gêne en marchant ; douleur dans la flexion de la jambe sur la cuisse.

Cette tumeur, qu'on voyait et qu'on sentait dans le creux poplité, proéminait de 1 centimètre au-dessus des parties voisines ; elle était aplatie, arrondie, de 3 centimètres carrés de superficie ; située dans le tissu cellulaire sous-cutané et sans adhérences avec la peau, mais adhérente profondément et plongée au milieu du tissu conjonctif ; sensible à la pression, un peu consistante, nullement inflammatoire, sans œdème périphérique et sans vaisseaux lymphatiques enflammés, indurés ou hypertrophiés autour d'elle. Il existait un peu de claudication. La jambe n'était pas œdématiée.

Le 10 mars, cette suffusion plastique avait augmenté de volume ; elle était plus douloureuse et la claudication plus prononcée. En outre, il existait de la *douleur, sans dureté ni tuméfaction dans le mollet* correspondant. Les plaques muqueuses gutturales étaient si confluentes qu'elles simulaient une angine couenneuse. Un peu de fièvre ; état général peu satisfaisant.

Je ne décrirai minutieusement, ni l'infiltration poplitée ni les autres accidents qui existaient du côté de la peau et des muqueuses ; mais je vais suivre la lésion qui se préparait dans les muscles du mollet. La douleur, qui y avait débuté vers le 25 février, augmenta peu à peu. Dans les premiers jours de mars, elle était très-vive et occupait la face interne du mollet gauche. Pression sur cette partie, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, très-douloureuse. Peau non adhérente et sans changement de coloration. Claudication très-prononcée. Le 5 mars (11e jour de la douleur du mollet), je perçus au-dessous de la peau une tuméfaction diffuse, accompagnée d'une légère induration, comme si le muscle était

devenu le siége d'une infiltration plastique. Et qu'aurait-ce été, sinon une *myosite syphilitique du jumeau interne?* Il n'y avait aucune trace de lymphite, de phlébite superficielles ou profondes, d'oblitération, de phlegmatia dolens. Pas le moindre œdème dans la jambe. Aucune connexion entre la tumeur sous-cutanée du creux poplité et cette induration musculaire aiguë. Je diagnostiquai donc une *myosite du jumeau interne*, survenue au 4e mois de la syphilis, au milieu d'une deuxième poussée d'accidents cutanés et muqueux et en même temps qu'une suffusion plastique du creux poplité.

Le 10 mars (16e jour de la myosite), la tuméfaction diffuse qui occupait le bord interne du jumeau interne du côté gauche *s'était circonscrite;* ses contours étaient nettement accusés. Elle formait une véritable tumeur située au milieu des fibres musculaires et sous l'aponévrose. Cette tumeur musculaire était située à 8 ou 10 centimètres au-dessous du condyle interne du fémur ; elle était ovoïde et mesurait 3 ou 4 centimètres de haut en bas et 2 latéralement. Dure, homogène, moins sensible à la pression que la tuméfaction diffuse à laquelle elle avait succédé, elle suivait les mouvements du muscle et s'immobilisait pendant sa contraction.

Les jours suivants, il se produisit dans le jumeau externe du même côté un second foyer de suffusion plastique. La myosite occupait deux ou trois faisceaux musculaires dans toute leur longueur, on la sentait nettement à travers la peau. Elle ne se circonscrivit pas comme la précédente. Le malade avait beaucoup de peine à marcher; je le fis entrer dans mon service, où il resta une vingtaine de jours. Il en sortit à peu près guéri de la suffusion poplitée et de la myosite des jumeaux. Il avait suivi un traitement mixte. La lésion du mollet et du creux poplité était survenue sous la seule influence de la syphilis et sans aucune violence extérieure provocatrice.

IV

Des lésions musculaires semblables à la précédente ne

sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, pendant les premières phases de la syphilis. Seulement il n'est pas toujours possible de les constater, parce qu'elles sont en général peu considérables et se circonscrivent dans un point ou dans quelques faisceaux des muscles qu'elles affectent à l'exclusion des autres.

Il y a quelques jours, j'ai eu simultanément deux malades dans mon service, chez lesquels j'ai observé la *myosite syphilitique du deltoïde.*

A. M..., 22 ans, malade entré le 9 mars 1877, salle 6, n° 4, s'était toujours bien porté et n'avait jamais eu aucune affection rhumatismale, vénérienne ou autre, lorsqu'il contracta un chancre infectant qui fit son apparition en septembre 1876. Un mois et demi après, vers le 1er novembre, roséole érythémateuse sur tout le corps, croûtes dans la tête, plaques bucco-gutturales. Pilules de sublimé. Guérison momentanée.

Pendant cette première poussée, qui dura du 1er novembre à la fin de janvier, le deltoïde droit devint très-douloureux et resta tel pendant 15 jours. L'affection était survenue spontanément, sans effort, sans violence extérieure.

En février (6e mois de la syphilis), une deuxième poussée de plaques muqueuses se fit sur la langue et dans la gorge, et, au bout de quelques jours, le deltoïde fut repris de douleurs beaucoup plus fortes que celles de la première attaque. L'abduction et l'élévation du bras droit étaient impossibles. En même temps que cette myosite, apparition d'une roséole généralisée; puis, douleur très-forte dans le creux du jarret droit, empêchant le malade de se relever quand il s'était baissé. Le traitement spécifique avait été cessé depuis 6 semaines.

Le 10 mars, je constatai que le bras droit pouvait à peine être écarté du tronc et que l'action du deltoïde était très-douloureuse. En palpant le muscle on sentait, vers sa partie moyenne, à égale distance de ses deux bords et de ses attaches supérieure et inférieure, une rénitence notable, accompagnée d'une tuméfaction diffuse et douloureuse, sensible à

la vue aussi bien qu'au toucher. Rien dans le creux du jarret; plaques muqueuses de la bouche et du gosier; roséole érythémateuse à forme rubéolique. J'instituai un traitement mixte. Au bout de 7 jours, il y avait déjà un mieux considérable, et la pression sur les points tuméfiés du muscle ne produisait que très-peu de douleur. Au bout de 15 jours ou 3 semaines, l'affection syphilitique du deltoïde était guérie.

B. R..., entré à la même époque, salle 8, lit 32, avait contracté la syphilis vers le milieu de novembre 1876. Maux de tête, croûtes dans les cheveux, roséole très-légère, tels avaient été les accidents de la première poussée. Pilules et bains de sublimé comme traitement.

En janvier, il survint quelques plaques muqueuses buccales et des douleurs vagues dans tout le côté gauche de la poitrine (sirop de bi-iodure et iodure de potassium).

Dans les premiers jours de mars, le malade fut pris, sans cause appréciable, d'une gêne, puis d'une douleur dans le deltoïde gauche. Peu à peu la douleur devint assez forte pour empêcher le malade de mouvoir le bras. Elle occupait la partie supérieure du muscle, près de ses attaches à l'acromion et à l'épine de l'omoplate. Elle était accrue par la pression sur une étendue de 5 ou 6 centimètres carrés. En ce point, le muscle était un peu tuméfié et rénitent; mais ces changements étaient moins sensibles que chez le malade précédent et, pour les apprécier, il fallait comparer le côté sain avec le côté malade. Néanmoins, l'affection fut plus sérieuse et dura plus longtemps que dans l'autre cas. Elle ne cessa qu'au bout d'un mois, malgré le traitement mixte, après avoir offert plusieurs alternatives de mieux et de plus mal.

V

Les myopathies musculaires des premières phases de la syphilis, même quand elles affectent la forme d'une myosite plus ou moins aiguë, se résolvent facilement et ne présentent

aucun danger, surtout si on a soin de les traiter de bonne heure et convenablement. Il n'en est pas ainsi des myopathies vraiment gommeuses et qui, comme telles, appartiennent à la période tertiaire de la maladie constitutionnelle. On en va juger par le fait suivant :

M. X... avait 26 ans lorsqu'il contracta, vers la fin de 1872, une maladie vénérienne pour la première fois. C'étaient plusieurs petits chancres balaniques et préputiaux qu'on pansa avec de la charpie et du vin aromatique, et qui furent rapidement guéris.

L'année suivante, en janvier et février 1873, survinrent des accidents consécutifs assez légers, tels que maux de gorge, alopécie, que je fus appelé à soigner au mois de mars. Je soumis le malade à un traitement spécifique. Depuis cette époque, je ne l'ai pas perdu de vue. Sa santé était alors assez bonne. Il avait eu, en 1868, une pneumonie gauche grave et une jaunisse. La première poussée de cette syphilis fut facilement guérie; mais l'état général des forces ne tarda pas à s'altérer. De nouvelles poussées superficielles se produisirent; elles restèrent presque toujours confinées sur la langue et dans la gorge. En 1874, laryngopathie qui dura 3 ou 4 mois; pharyngopathie ulcéreuse grave. Je lui fis prendre les deux spécifiques sous toutes les formes.

En 1876 (3e année de la syphilis), M. X... fut atteint d'une bronchite qui prit les allures d'un catarrhe chronique et ne tarda pas à s'accompagner d'un mouvement fébrile vespéral et de transpirations nocturnes très-abondantes. Je constatai les signes physiques de petites excavations pulmonaires aux sommets et j'envoyai M. X... à la campagne, après lui avoir prescrit un traitement contre la tuberculisation pulmonaire.

Il n'avait alors aucune manifestation syphilitique; et, cependant, je me demandai si la maladie constitutionnelle n'était pour rien dans cette affection pulmonaire. J'ai vu, en effet, plusieurs malades chez lesquels les bronches et les poumons sont devenus malades sous cette seule influence diathésique. On aurait pu les croire atteints d'une tuberculose du poumon

ordinaire, tandis qu'il s'agissait, selon toutes probabilités, d'une syphilose de cet organe, puisque la guérison a eu lieu en même temps que celle de la maladie générale. C'est une question fort obscure et que je ne prétends pas résoudre ici. Toujours est-il que M. X..., après avoir passé plusieurs mois à la campagne, en revint très-amélioré. Il toussait beaucoup moins et reprenait des forces. En novembre 1876, il éprouva des douleurs ostéocopes dans tous les membres, mais principalement dans le bras gauche; puis il lui survint de l'onyxis à l'indicateur et au médius du même côté. La douceur de l'hiver de 1876-1877 avait été très-favorable à M. X...; il revint à Paris et ne suivit aucun traitement.

Au commencement de février 1877, il s'aperçut fortuitement de l'existence d'une grosseur siégeant au niveau de l'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien droit; elle était diffuse, sans douleur spontanée ni à la pression, et ne causait aucune gêne dans les mouvements du cou. Peu de temps après, deux petites tumeurs semblables à des glandes se produisirent plus haut, sur le trajet du muscle, au-dessous de l'oreille, à 7 ou 8 centimètres de l'insertion mastoïdienne. Ces lésions, qu'on ne traita point, augmentèrent peu à peu et restèrent indolentes jusqu'au milieu de mars. Le malade, qui ne s'en était pas préoccupé jusque-là, commença à y éprouver quelques douleurs et des tiraillements. Il vint me consulter le 26 mars 1877 (4e année de la syphilis).

Je le trouvai amaigri, pâle, avec une teinte terreuse, mais infiniment moins cachectique que lors de son départ pour la campagne, 8 ou 10 mois auparavant. Plus de sueurs, ni de toux, digestions excellentes. La tumeur sterno-mastoïdienne, qui était survenue sans troubles prodromiques, occupait les deux insertions inférieures du muscle, s'étendait sur la clavicule et recouvrait une partie de la fourchette du sternum. Elle remontait le long du muscle, dont toute l'épaisseur était envahie par elle, jusqu'à une hauteur de 0,12 centimètres; là, elle se terminait brusquement en cône et elle mesurait 0,05 centimètres de largeur à sa base et

0,04 dans les autres points. Très-dure et indépendante de la peau et du tissu cellulaire, dans presque toute son étendue, elle les avait envahis et s'était ramollie à sa base entre les deux branches de l'insertion du sterno-mastoïdien : là, on percevait de la fluctuation et les téguments étaient rouge violacé, amincis, avec de l'engorgement œdémato-plastique tout autour du foyer liquide qui ne s'était pas encore ouvert.

Quant aux deux tumeurs situées plus haut, elles adhéraient à la peau et plongeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais n'avaient aucune connexion avec le muscle. Leur grosseur était celle d'une grosse noisette. L'une d'elles s'était ramollie ; on la sentait fluctuante ; la peau qui la recouvrait était rouge et amincie.

Chose curieuse ! quoique la moitié inférieure du sterno-mastoïdien droit eût été transformée en une grosse tumeur gommeuse, il n'existait que des troubles fonctionnels insignifiants : un peu de gêne, un peu de tiraillements, surtout quand il y avait de l'humidité dans l'atmosphère. La tête se mouvait dans tous les sens aussi bien qu'auparavant.

Telles étaient les seules lésions syphilitiques qu'eût le malade. Je fus étonné de ne plus trouver dans les poumons aucun foyer morbide bien caractérisé. Plus de craquements aux sommets ; pas de toux, ni de fièvre vespérale, ni de sueurs nocturnes. Je prescrivis 4 grammes d'iodure de potassium.

Le 31 mars, la tumeur sterno-mastoïdienne avait un peu diminué, mais surtout les deux tumeurs gommeuses sous-cutanées. Le malade se sentait beaucoup mieux.

Le 12 avril (18e jour du traitement à 4 grammes d'iodure par jour), les deux gommes avaient presque entièrement disparu, sans s'ouvrir. La tumeur sterno-mastoïdienne remontait moins haut et était moins large. Elle avait diminué d'un tiers environ. Même dureté ; la partie fluctuante s'était en partie résorbée sans s'ouvrir ; aucun trouble fonctionnel ; appétit féroce ; retour des forces ; sommeil ; rien de nouveau du côté de la poitrine.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES GOMMES MUSCULAIRES.

Les myopathies syphilitiques sont rares. — Les myopathies gommeuses sont plus rares que les myosites et que les myopathies fonctionnelles et sans contracture.
Fréquence des myopathies syphilitiques : 1° dans les syphilis non traitées ; — 2° dans les syphilis traitées à partir des accidents secondaires ; — 3° dans les syphilis traitées dès le début.
Rareté des gommes musculaires chez les très-jeunes sujets.

Les myopathies gommeuses, de même que les myosites, et les myopathies avec contracture, n'occupent qu'une place relativement peu considérable dans l'ensemble de la pathologie syphilitique. Les deux dernières sont moins rares que les premières. Il est certain qu'on observe aujourd'hui beaucoup moins qu'autrefois les déterminations graves de la syphilis sur les muscles. Ce fait tient-il à une diminution de gravité dans tous les phénomènes qui lui sont propres ? Je serais disposé à le croire. Je vous disais l'année dernière, dans mes leçons sur la diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris, que la syphilis s'atténuait, de nos jours, dans le nombre et la sévérité de ses manifestations. Les muscles sont peut-être de tous les organes ceux qui en ont bénéficié le plus. Le cerveau, au contraire, et la moelle épinière paraissent plus attaqués par la maladie constitutionnelle, qu'il y a seulement un demi-siècle ou un siècle. Hunter, ce grand observateur, ce médecin-physiologiste de génie, ne soupçonnait pas l'existence des syphiloses cérébro-spinales ; peut-être même ne croyait-il pas à leur possibilité. Aujourd'hui ces graves affections doivent être comptées au nombre des plus fréquentes et des plus précoces de la maladie constitutionnelle.

On dirait donc que, suivant les époques, il y a des déplacements dans la distribution de l'activité syphilitique. Mais n'est-ce pas plutôt, de notre part, une illusion d'optique qui nous fait supposer que les phénomènes morbides découverts ou étudiés plus spécialement par nous n'ont pas de passé et appartiennent en propre à notre génération?

Quoi qu'il en soit, les gommes musculaires sont rares. Je vais vous en donner une preuve numérique. Dans ses recherches statistiques sur la syphilis, que je vous ai souvent citées, et dont je ne saurais trop vous faire l'éloge, mon ami, M. le Dr Jullien, a réuni 224 cas de syphilis tertiaire. Eh bien, savez-vous quel est, sur ces 224 cas, le nombre des myopathies syphilitiques? le nombre, messieurs, est de *onze* seulement. Je vais vous en donner le résumé tel qu'il est dans le mémoire de M. Jullien, et en adoptant la même classification que lui.

I

Dans la première catégorie, qui comprend la syphilis non traitée et abandonnée à sa marche naturelle, il y a deux cas de gommes musculaires, sur 59 cas de syphilis tertiaire, et un cas de myopathie syphilitique avec contracture.

1er *cas* (recueilli par M. Jullien).— B. Jean, maçon, 30 ans, blond-châtain, lymphatique. — Travail très-pénible, excès de vin. — Il y a 6 ans, chancre à la verge, très-petite écorchure qui dura à peine huit jours et à laquelle il ne fit rien. En 1871, il y a 3 ans, souffre quelquefois du gosier et l'attribue à un refroidissement. — Il y a un an et demi paraît sur le dos un placard de syphilide pustulo-crustacée non traitée généralement. Il y a six mois, gomme considérable du bras

droit. Elle est ulcérée. Il entre à Saint-Louis, il y a 4 mois, avec un *énorme myome syphilitique de la région postérieure de la cuisse.*

2ᵉ *cas* (recueilli par M. Profeta). — D. Domenico, sexe masculin, 29 ans, faible, lymphatique avec de la scrofule pendant l'enfance. Deux chancres du côté du frein en mai 1871. Traitement empirique. — 4 mois après le chancre initial, accidents secondaires, c'est-à-dire douleurs rhumatoïdes, adénopathies, roséole, éruptions, croûtes du cuir chevelu. Pas de traitement. Cinq mois après le chancre, douleurs ostéocopes, périostoses plastiques, tumeurs gommeuses exulcérées du tissu cellulaire et sous-muqueux. *Douleurs musculaires, contractures.*— Guérison en 47 jours par le traitement mixte.

3ᵉ *cas* (recueilli par M. Jullien).—Édouard T., ex-militaire, 44 ans, chancre phagédénique du sillon balano-préputial. — 2 mois après, éruption ecthymateuse de la face. Presque en même temps, *tumeurs gommeuses aux deux péroniers latéraux et aux muscles de la face antérieure de l'avant-bras.* Exostose du pariétal gauche. Épididymite gauche.

Vous voyez que, dans ce dernier cas, la syphilis non traitée a évolué avec une rapidité étonnante, puisque, entre 2 et 4 mois après le chancre infectant, la maladie constitutionnelle avait abouti au tertiarisme et était en pleine phase de productions gommeuses.

II

La deuxième catégorie comprend 47 cas de syphilis tertiaire, traités dès l'apparition de l'accident primitif. Sur ces 47 cas, il n'y en a que 4 de myopathies syphilitiques.

1ᵉʳ *cas* (recueilli par M. Berckley). — G. F., sexe masculin, 20 ans, lymphatique, bonne santé antérieure. Chancre en 1865. Mercure, du 16 janvier 1866 au mois de mai. — Roséole,

plaques érosives de la gorge, fissures de la langue. — Mercure et iodure de potassium. Malgré cela, la langue reste malade pendant les années 1867-68-69-70. En octobre 1873, *gommes intra-linguales*, *dans la substance musculaire.* (8e année.)

2e *cas* (recueilli par M. Jullien). — P. Jean-Claude, cocher, 28 ans, blond-châtain, aspect strumeux, jamais de maladies, pas d'excès vénériens ni alcooliques, mauvaise nourriture, habitation humide. — Chancre contracté le 25 décembre 1866. Entre au Midi le 17 janvier 1867, où il fut soumis au mercure le 23e jour du chancre. — 17 février, roséole, plaques cuivrées considérables. 5 mars, sort du Midi. Peu après, syphilides de la langue, adénopathie sous-maxillaire. Ne reprit pas de mercure depuis sa sortie du Midi. Fin 1873, *Gommes dans l'épaisseur des lèvres :* 3 paraissent à tour de rôle. Elles sont en voie de disparition, grâce à l'iodure. En même temps hydrocèle et tuméfaction d'un testicule. (7e année.)

3e *cas* (recueilli par M. Berckley). — C. J. S., du sexe masculin, 17 ans, robuste, sanguin. Chancre en avril 1869, mercure administré dès juillet et fort bien toléré, pris avec régularité. En août 1869; roséole papuleuse, squames palmaires. Guérison rapide. Sarcocèle en mai 1873 ; *gomme du muscle triceps de la cuisse*, juste au-dessus du genou. (4e année.)

4e *cas* (recueilli par M. Diday). — J. H., voyageur, 30 ans, constitution assez forte, blond. — Chancre en janvier 1867. Traité de suite par la liqueur de Van Swiéten, puis par protoiodure et ensuite iodure prescrit par Calvo. Accidents secondaires faibles quoique hâtifs, sans transition avec les tertiaires. Traitement mixte. Larges ecchymoses ulcérées aux jambes. Quelques mois après, en 1868, *gommes à la langue.* Injection Liégeois; en même temps rhinite, anamnésie, aphasie. (1re année.)

De ces quatre cas, c'est le seul où la syphilis tertiaire ait été précoce. Vous verrez plus tard que, parmi les myopathies,

celles de la langue sont généralement celles qui surviennent à l'époque la plus rapprochée de l'accident primitif. Dans les 3 premiers cas, les gommes musculaires ne se sont montrées qu'au bout de 8, de 7 et de 4 ans, ce qui porterait à induire que, si le traitement spécifique administré dès le début ne prévient pas les myopathies, il a du moins pour effet de les retarder.

III

La troisième catégorie de M. Jullien comprend les cas où la syphilis a été traitée dès l'apparition des accidents secondaires. Elle se compose de 111 cas, parmi lesquels on n'en trouve que 4 de myopathies syphilitiques.

1er *cas* (recueilli par M. Roquette). — Constance V., 34 ans, tempérament nervoso-sanguin. A eu un chancre en 1868. A employé des pommades qu'elle ne peut nommer. En 1868, 2 mois après le chancre, elle suit pendant 4 ou 8 mois un traitement au mercure et à l'iodure de potassium. — Le 4 mars 1874 (6e année), vient consulter pour un *mal de langue qui était un tubercule syphilitique du volume d'une grosse noisette.*

2e *cas* (recueilli par M. Jullien). — Lucile, couturière, 30 ans, brune, grande, nerveuse, bien constituée, santé antérieure très-bonne. Pas de rhumatismes. Accident primitif passé inaperçu. Pas de traitement. Le 18 février 1870 entre à Lourcine pour roséole. Mercure. En 1871, eut syphilide papuleuse confluente. — Sublimé. En octobre 1873, plaques des lèvres, sensation de froid, analgésie. Iodure. En février 1874 (4e année), *gomme du triceps fémoral, située à trois centimètres au-dessus de la rotule.*

3e *cas* (recueilli par M. Giorgini). — Amélie, 30 ans, faible, lymphatique. Chancre infectant en février 1870. — Solution

de sulfate de cuivre. En mars et en avril 1870, syphilide polymorphe, taches, papules, vésicules, pustules, squames. Liqueur de Van Swiéten. En novembre 1870 (9e mois), arthrite syphilitique, *gommes musculaires*, carie des os. Iodure de potassium. Morte en janvier 1872.

4e *cas* (recueilli par M. Giorgini). — Anne R., sexe féminin, 26 ans, faible, lymphatique. Chancre en avril 1872, charpie sèche. En mai 1872, syphilide pustuleuse, acné pustulata (*corona Veneris*), ganglions engorgés, chute des cheveux. Liqueur de Van Swiéten.— En décembre 1872 (8e mois), ostéo-périostite gommeuse, arthrite syphilitique, *gomme de la langue*. Iodure de potassium.

Cette catégorie est la plus pauvre en myopathies syphilitiques. Le 1er cas, en effet, est douteux. Il n'est pas certain que cette tumeur tuberculeuse de la langue eût son point de départ dans les muscles. A la rigueur il n'y a donc eu que 3 cas de myopathies sur 111. Les 2 derniers sont des exemples remarquables de gommes musculaires précoces, puisqu'elles sont survenues, l'une 9 mois et l'autre 8 mois après l'accident primitif.

Dans une quatrième catégorie comprenant 7 cas de syphilitiques arrivés au tertiarisme et n'ayant été traités que par l'iodure de potassium, on ne trouve aucun cas de myopathies.

Pouvons-nous tirer quelques indications positives de ces résultats statistiques ? Je ne le pense pas. Ils sont trop contradictoires et le nombre des cas est trop minime. Que conclure au point de vue de l'âge, du sexe, de l'époque d'apparition, du traitement ? Tout au plus pourrait-on dire que la syphilis non traitée expose plus aux gommes musculaires que la syphilis traitée, et que, parmi les syphilis traitées, celles qui ne le sont qu'à partir des accidents secondaires y exposent moins que celles qui le sont *ab initio*.

Relativement à l'âge, je veux vous soumettre une réflexion faite par un profond observateur. M. Nélaton, dans une excellente leçon sur les gommes musculaires, dit « qu'une remarque très-curieuse à faire, c'est que ces tumeurs ne se produisent jamais chez des sujets très-jeunes ; que, même dans le cas où elles sont le résultat de l'hérédité, elles n'apparaissent jamais avant un certain âge. » Il admet deux modes de terminaison : 1° guérison complète par résorption graduelle, avec retour de la souplesse et de la contractilité des muscles ; — 2° ramollissement avec ses conséquences variées. Il peut y avoir guérison, mais non sans altérations des muscles, telles que atrophie, rétractions et difformités consécutives. Il ajoute que ces divers modes de terminaison dépendent de l'âge de la tumeur. Au delà de 4, 5 ou 6 mois, se demande-t-il, la simple résorption n'est-elle plus possible ? Il croit qu'il y a des chances de succès tant que la tumeur est encore solide et ferme.

Je termine là les considérations que je désirais vous présenter sur les myopathies gommeuses. Je ne traiterai point spécialement du pronostic, puisqu'il est compris dans tout ce que je vous ai dit et peut s'en déduire facilement. Quant au traitement, je le réserve pour plus tard, lorsque j'embrasserai dans une vue d'ensemble toutes les déterminations de la syphilis sur le système musculaire.

TUMEURS GOMMEUSES DES TENDONS.

Leur siége : elles sont superficielles ou interstitielles. Elles se développent principalement sur les gros tendons, au voisinage de leurs insertions osseuses, telles que le tendon d'Achille, les tendons du biceps, du triceps de la cuisse, etc.

Difficulté de distinguer, dans quelques cas, les lésions tendi-

neuses dues à la syphilis, des lésions tendineuses produites par la blennorrhagie.
Symptômes, processus et diagnostic des gommes tendineuses.

I

L'histoire des gommes qui se développent sur les tendons se rattache étroitement à celle des myomes syphilitiques. Je vous ai cité des cas où la production morbide avait envahi simultanément les deux tissus. Mais quelquefois les tendons seuls sont affectés. Ce sont les plus épais et les plus résistants qui deviennent le siége le plus habituel des lésions syphilitiques. Elles prennent naissance à leur surface ou à leur centre. Nünn a observé un cas dans lequel les tendons des muscles qui s'insèrent à la partie supérieure et interne du tibia présentaient une tumeur gommeuse qui se ramollit et ulcéra la peau. Les tendons du pied étaient également altérés, et la guérison eut lieu sans aucune rétraction. Lorsque les produits gommeux occupent le centre de la corde tendineuse, comme dans un cas de gomme des tendons des fléchisseurs des doigts, observé et dessiné par M. Bouisson, les fibres sont écartées; la tumeur prend une forme ovoïde ou fusiforme, et, quand elle se ramollit, on peut y percevoir de la fluctuation. Ces petites tumeurs ont été décrites par Lisfranc sous le nom de *nodosités blanches*. Il en avait observé une assez volumineuse sur un danseur de l'Opéra ; elle s'était développée dans le tendon d'Achille et elle fut guérie par l'iodure de potassium. Ce tendon, celui du biceps ou du triceps crural en sont le plus fréquemment atteints. Dans la thèse de M. Saint-Arromand (Paris, 1858), on trouve un cas où le tendon rotulien, infiltré par la substance gommeuse, était en partie détruit; l'articulation du genou était remplie d'un liquide séreux. Nélaton a observé deux tumeurs gommeuses développées

dans le tendon du triceps crural ; elles simulaient un corps étranger. Dans un autre cas la tumeur avait envahi le muscle droit antérieur de la cuisse et elle avait donné lieu à une hydarthrose qu'on aurait pu prendre pour une tumeur blanche.

II

Voici le résumé d'une observation de tumeur syphilitique siégeant sur l'extrémité inférieure de chaque tendon d'Achille. Elle a été recueillie par M. le professeur Bouisson, et se trouve dans son mémoire :

Un jeune homme, âgé de 22 ans, n'ayant jamais eu aucune manifestation scrofuleuse ni rhumatismale, contracta une blennorrhagie suivie bientôt après d'un bubon dans chaque aine. Quelque temps après la disparition des dernières apparences de cette maladie, qui dura plusieurs mois, une douleur commença à se faire sentir sur la partie la plus élevée de chaque talon ; puis elle s'accompagna d'une tuméfaction qui ne tarda pas à acquérir le volume d'une noix. Cet état persista pendant près d'un an ; il y eut complication d'érysipèle ; puis l'affection sembla diminuer, mais les douleurs se réveillèrent avec plus de vivacité dans chaque tendon ; la marche devint pénible et le malade fut obligé d'entrer dans le service de M. Bouisson. Au moment de son entrée (2e année environ) il était dans l'état suivant : « Une tumeur du volume d'une noix existe de chaque côté, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum ; sa portion la plus large est à la partie déclive ; elle diminue en haut et se réduit peu à peu aux dimensions du tendon lui-même. Ce dernier paraît plus affecté dans ses couches postérieure et latérale que vers sa face antérieure. La tumeur est très-dure vers sa base. On dirait que dans ce point chaque calcanéum est le siége d'une exostose. La densité est moindre vers la partie supérieure, du côté droit surtout où la tumeur semble ramollie et présente une fluctuation obscure, comme

si du liquide était infiltré dans un tissu cellulo-fibreux. La douleur est modérée lorsque le malade n'exécute aucun mouvement, mais elle s'accroît quelquefois spontanément pendant la nuit, et il souffre assez vivement si on comprime la partie malade ou s'il veut marcher. Sous l'influence de la contraction des fléchisseurs de la jambe, une sensation douloureuse se propage le long du tendon jusque dans la région du mollet. Du reste les deux tumeurs sont sans changement de couleur à la peau et elles ne donnent point lieu à des symptômes généraux. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité. » — On prescrivit un traitement mercuriel interne et topique; puis des vésicatoires furent appliqués. La guérison, sans doute aidée par le repos, eut lieu, mais avec lenteur.

Je vous ai donné un long extrait de cette observation parce qu'elle présente plusieurs points douteux sur lesquels il est essentiel d'appeler votre attention. Pour l'honorable professeur de Montpellier, la nature syphilitique de l'affection des deux tendons d'Achille paraît évidente, bien que dans les antécédents du malade on ne découvre aucune trace de chancre infectant ni d'accidents consécutifs rapprochés ou éloignés. La contagion vénérienne n'avait donné lieu, chez lui, qu'à une blennorrhagie; et c'est presque aussitôt après la guérison de cette blennorrhagie qu'est survenue la tuméfaction douloureuse des tendons d'Achille. Eh bien, Messieurs, n'est-il pas permis de soupçonner que, dans ce cas, une blennorrhagie bien réelle a été, plutôt qu'un chancre hypothétique, la cause de la ténosite? A l'époque où cette observation a été recueillie, on était loin de connaître, comme aujourd'hui, les déterminations morbides que suscite l'inflammation de la muqueuse uréthrale sur les articulations. On ignorait à peu près ces déterminations, encore plus singulières, qui s'effectuent, toujours sous la même influence, sur les gaînes synoviales, sur

les tendons, sur les muscles et sur les nerfs. Assurément, si cette partie si intéressante de la pathologie uréthrale eût été riche alors, comme elle l'est aujourd'hui, de tant de précieuses recherches, peut-être M. Bouisson n'eût-il pas été aussi affirmatif sur la nature syphilitique de la ténosite des deux tendons d'Achille.

Mais je ne veux pas pousser plus loin la critique d'un pareil fait. Il est pour moi l'occasion d'une remarque que j'ai faite ailleurs (1) et qui trouve ici sa place : c'est que deux affections aussi différentes que la syphilis et la blennorrhagie, par leur principe spécifique, par la place qu'elles occupent dans l'organisme, par toutes les circonstances essentielles ou accessoires de leurs manifestations, etc., se rencontrent à un moment donné sur le même terrain, pour y produire des accidents qui, outre la communauté du siége, présentent par leurs côtés extérieurs une grande analogie. Aussi, quand un individu qui est syphilitique et blennorrhagique en même temps, est atteint de déterminations sur les synoviales et sur les tendons, est-il quelquefois fort difficile de faire la part qui revient à l'une ou à l'autre maladie.

Je vous soumets ces réflexions sans y insister, mais je vous prie de ne pas les oublier; et, pour vous donner un exemple de ce que peut faire la blennorrhagie quand elle suscite des arthrites ou des ténosites, je vous citerai le fait suivant que j'ai observé pendant six ans consécutifs:

Le malade, âgé d'une trentaine d'années, était blond, lymphatique, vigoureusement constitué, mais il n'était pas de descendance arthritique et il n'avait jamais eu ni goutte, ni rhumatisme. Néanmoins, dès sa première blennorrhagie,

(1) Ch. Mauriac, *Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie*, Paris, 1875.

contractée en 1868, l'un des deux tendons d'Achille devint le siége d'une tumeur douloureuse. L'année suivante, suintement imperceptible, bientôt accompagné d'une hydarthrose du genou gauche qui dura deux mois. En 1872, 3e suintement ; nouvelle arthrite du genou, de courte durée.

En février 1872, 4e blennorrhagie aiguë et purulente, sur le déclin de laquelle se produisirent des tumeurs douloureuses dans les deux tendons d'Achille. La tumeur du tendon d'Achille gauche disparut rapidement ; mais celle de droite persista pendant longtemps sous la forme suivante : Le tendon d'Achille était doublé ou triplé de volume par une tumeur ovoïde, dure, douloureuse au toucher, sur laquelle se dessinèrent, au bout de quelques jours, deux nodosités superposées également dures. Cette tumeur, qui paraissait interstitielle, n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines ; à sa surface, la peau était tendue et luisante, mais avait sa coloration normale. Des douleurs irradiantes partaient de cette tumeur et remontaient jusqu'à la hanche, le long du membre correspondant. Son processus était semi-inflammatoire au début et chronique à la fin. Elle dura longtemps, même après que la blennorrhagie eut à peu près disparu. La claudication qu'elle avait causée dès son apparition fut très-longue à disparaître. Il survint aussi un peu d'hydarthrose indolente dans un des genoux.

En 1875, 5e blennorrhagie suivie, au bout de trois semaines, d'une douleur contondante dans le talon, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille droit, puis d'une hydarthrose double, etc., etc.

Ne pensez-vous pas qu'alors que les conséquences de la blennorrhagie étaient moins connues qu'aujourd'hui, beaucoup de médecins, même les plus instruits et les plus au courant de la science, auraient pris cette tumeur du tendon

d'Achille pour une manifestation gommeuse de la syphilis ?... Songez donc à la possibilité de cette confusion !

III

Les gommes des tendons présentent une symptomatologie très-simple. Peu douloureuses au repos, elles le deviennent pendant la contraction des muscles, au point de gêner quelquefois les mouvements et de déterminer de la claudication lorsqu'elles siégent sur les gros tendons des membres inférieurs. Elles constituent des saillies, à contours plus ou moins nettement accusés, dures, petites, etc. C'est seulement pendant leur période de ramollissement que la peau devient adhérente à leur surface, s'enflamme, s'ulcère, se perfore et livre passage aux produits spéciaux de la régression gommeuse. La guérison des ulcères se fait longtemps attendre, sans doute à cause de la mobilité des parties sous-jacentes ; mais elle a lieu généralement sans rétraction.

Je vous ai signalé une des difficultés du diagnostic. Au début de l'affection, on pourrait confondre ces tumeurs avec les nodosités, résultant d'une accumulation de sérosité dans les bourses muqueuses naturelles ou accidentelles, et qu'on désigne par le nom de ganglions. Mais ces dernières sont peut-être plus mobiles ; en outre, elles se réduisent et suivent un autre processus. Du moment que la tumeur tendineuse s'est ramollie et ulcérée, elle ne peut être confondue avec aucune autre affection, et sa nature syphilitique devient évidente. Le pronostic de ces néoplasies syphilitiques est moins grave que celui des néoplasies musculaires. Le même traitement lui est applicable.

CINQUIÈME LEÇON

MYOPATHIES VISCÉRALES.

Messieurs,

Jusqu'ici je ne vous ai parlé que très-incidemment des déterminations de la syphilis sur les muscles internes ou viscéraux. Elles occupent cependant une place importante dans l'histoire des myopathies spécifiques. Autrefois, on les connaissait peu ; on n'avait fait que les soupçonner, ainsi que l'indiquent les idées de quelques pathologistes du dernier siècle sur la syphilose du cœur. Parmi elles, les mieux étudiées, sans doute parce qu'elles sont très-fréquentes et se prêtent facilement à l'exploration, ce sont les néoplasies gommeuses de la langue. Avec la syphilose cardiaque, elles constituent à peu près toutes les myopathies syphilitiques internes, mais dans des proportions respectives fort inégales, car la syphilose cardiaque est aussi rare que celle de la langue est commune. Vous pouvez en juger par la statistique que je vous ai donnée précédemment : sur les 224 cas de syphilis tertiaire réunis par M. Jullien, il n'y en a aucun dans lequel le cœur soit atteint, tandis qu'il en existe 3 de tumeurs gommeuses de la langue. Or, comme dans ces 224 cas de syphilis tertiaire il n'en existe que 10 de myopathies syphilitiques, y compris celles de la langue, on voit que ces dernières sont, à l'égard de toutes les autres réunies, dans la proportion de 1 à 3 environ.

PREMIÈRE PARTIE.

GLOSSOPATHIES GOMMEUSES.

Siége superficiel ou profond des gommes de la langue; — plus fréquent à la base qu'à la pointe. — Leur volume. — Leur consistance. — Leur ramollissement. — Ulcérations consécutives.
Complications inflammatoires et gangréneuses. — Symptômes fonctionnels. — Troubles de la mastication, de la déglutition et de la respiration. — Œdème de la glotte.
Gommes précoces de la langue : — Observations. — Diagnostic des gommes de la langue d'avec certains psoriasis du même organe et d'avec le cancer psoriasis lingual.

De toutes les gommes musculaires, celles de la langue sont peut-être les mieux connues. On peut dire que leur histoire est à peu près complète. Elle avait été esquissée par M. Bouisson en 1846, dans le mémoire que je vous ai souvent cité ; elle a été poursuivie plus tard par M. Lagneau fils, dans une série d'articles qu'ont publiés la *Gazette hebdomadaire* et les *Archives de médecine* (1859-1860). Je vous renvoie à cette dernière monographie.

I

Ces tumeurs se développent dans tous les points de l'organe, sous la muqueuse ou dans la trame conjonctive intermusculaire. Elles siégent de préférence à la base. Leurs dimensions, leur nombre sont très-variables. Quant à leur forme, elle est généralement arrondie ou ovoïde. Isolées ou confluentes, distinctes ou ne formant qu'une seule masse

qui a envahi peu à peu toute la langue, ces productions morbides, plus ou moins nettement circonscrites, sont d'abord fermes et d'une dureté homogène qui contraste avec la consistance normale des parties voisines. Elles peuvent rester dans cet état pendant longtemps ; mais, peu à peu, elles se ramollissent à leur centre, deviennent pâteuses, envahissent l'étui muqueux, tombent en déliquium complet, s'ouvrent, se vident et se convertissent en ulcérations profondes, à bords irréguliers et taillés à pic, à fond grisâtre induré, tapissé par une fausse membrane.

Quelquefois le ramollissement est compliqué d'un processus gangréneux qui convertit en bourbillon une partie ou la totalité de la production morbide et des tissus voisins qui sont tuméfiés, œdémateux, violacés ou infiltrés de néoplasies diffuses. Les phénomènes inflammatoires sont aussi quelquefois très-prononcés à cette période de l'affection. Mais, du moment que l'évacuation s'est effectuée, ils se calment, et l'ulcération consécutive a de la tendance à se cicatriser, même sans le secours d'un traitement spécifique.

La réparation, en pareil cas, ne s'effectue pas sans perte de substance. Quand les gommes linguales se résorbent, elles peuvent ne laisser à leur place qu'une dépression qui se comble peu à peu. Les déformations de la langue produites par les gommes sont quelquefois très-considérables, soit pendant la période d'évolution, soit pendant la période d'involution. Les dernières sont définitives quand le tissu cicatriciel a remplacé la perte de substance.

Si les gommes sont superficielles, elles se décèlent à la vue, non-seulement par la saillie qu'elles font à la surface de l'organe, mais aussi par leur teinte blanche jaunâtre, ou bien par une desquamation épithéliale qui persiste après leur guérison, comme si, en ce point, la muqueuse avait été atrophiée au point de ne pouvoir plus revenir aux condi-

tions de sa structure normale. Elles ont d'habitude un début si insidieux, qu'elles échappent au malade et au médecin : on ne les découvre souvent que par la palpation, en pressant la langue entre les doigts, de haut en bas. On constate alors des nodosités, qui ont fait dire à M. Ricord que la langue semblait rembourrée de noisettes.

Le volume qu'acquiert la langue est quelquefois assez considérable pour la forcer à se placer entre les arcades dentaires et à sortir même de la cavité buccale. La salivation devient alors très-abondante.

Les troubles fonctionnels produits par les tumeurs gommeuses de la langue varient beaucoup suivant leur nombre, leur volume et leur position dans l'organe. D'abord c'est la mastication qui est gênée, surtout à la période ulcéreuse, parce que le processus plus ou moins irritatif qui s'effectue alors donne à ces productions une sensibilité morbide qui leur fait ordinairement défaut pendant leur période de progrès et d'état. Plus tard, la déglutition devient gênée et douloureuse ; ce symptôme se remarque lorsque les grosses gommes occupent la base de la langue. Il peut même alors survenir des accidents plus graves, tels que la gêne de la respiration continue ou paroxystique, tenant à la compression que ces tumeurs exercent sur les parties supérieures du larynx, à l'ischémie veineuse qui en résulte, et enfin à l'œdème de la glotte consécutif. Il est rare que les choses en viennent à ce point dans la myopathie syphilitique de la langue. Ces accidents sont moins rares dans les sarcomes de l'organe.

II

Il me serait facile de pousser plus loin la description des gommes linguales. C'est un sujet dont je me suis occupé à diverses reprises. Ainsi, il y a quelque temps, je vous

parlais, ici même, de quelques variétés curieuses et peu connues de la syphilose linguale, dans une leçon que je vous fis sur les *Laryngopathies syphilitiques graves, compliquées de phlegmon péri-laryngien.* Vous trouverez aussi des détails cliniques et anatomo-pathologiques sur cette question dans mon mémoire sur le *Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale.*

Les gommes de la langue sont plus fréquentes que celles des autres muscles. Elles sont aussi généralement plus précoces. J'ai insisté sur ce point dans les deux publications dont je viens de vous parler. Voici un cas où ces tumeurs se sont montrées le 5e mois de la maladie constitutionnelle.

Chancre infectant suivi, au bout de 37 jours, d'accidents secondaires du côté des muqueuses et de névralgies occipito-frontales violentes. (Traitement mixte.)
Vers le 3e mois de la maladie, apparition dans la langue, qui avait toujours été recouverte de plaques muqueuses, de tumeurs gommeuses, dont quelques-unes s'ulcèrent.

Le 22 avril 1872, je fus consulté par M. X., âgé de 27 ans, grand, vigoureux, bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies, mais très-éprouvé par les privations et les fatigues du siége de Metz.

Le 10 septembre 1871, apparition sur le prépuce d'un chancre infectant, contracté avec une femme qu'il voyait habituellement.

Au 37e jour du chancre, plaques muqueuses à la gorge et sur la verge. (Protoiodure et iodure de potassium.) Ce traitement mixte fut suivi, interrompu et repris pendant 3 ou 4 mois. Le malade fumait beaucoup.

Pas de roséole, pas d'alopécie, pas de croûtes dans les cheveux. Au début des accidents, névralgies occipito-frontales violentes.

La langue présentait des plaques muqueuses, dès l'invasion des symptômes constitutionnels; mais elle n'était devenue très-malade que dans les premiers jours du mois d'avril.

Voici dans quel état je la trouvai lorsque je vis le malade, le 22 avril (7e mois de la maladie) : gêne de la parole, de la mastication et de la déglutition ; salivation très-abondante ; saveur salée; obtusion du sens gustatif.

Sur le bord droit de la langue, qui était le siége de douleurs vives, il existait 2 ou 4 déchiquetures profondes cicatrisées (provenant d'une lésion qui avait débuté, sans aucun doute, depuis un ou deux mois).

Les papilles avaient disparu sur presque toute l'étendue de la face supérieure de l'organe; elles n'existaient plus qu'à l'état d'îlots isolés, avec leur aspect touffu blanchâtre. Sur la partie desquamée, saillies mamelonnées couvertes d'une sorte de couenne grisâtre, et plaques de même nature disséminées çà et là.

La lésion la plus intéressante était constituée par de grosses nodosités sous-muqueuses, faisant peu de saillie à la surface de l'organe, et plongeant plus ou moins profondément dans l'épaisseur de sa masse charnue. La palpation les faisait distinguer très-nettement; on les sentait surtout dans la moitié antérieure et sur le côté droit de la langue, au voisinage des déchiquetures du bord correspondant.

Sur l'une de ces trois ou quatre nodosités intra-linguales, la muqueuse présentait un aspect pointillé, rougeâtre, ecchymotique.

Plaques muqueuses exulcérées et couenneuses sur les lèvres, congestion générale de la muqueuse bucco-pharyngienne.

Plaques muqueuses et croûtes dans le nez.

Large suffusion plastique, dure, cartilagineuse et recouverte de 2 ou 3 érosions papuleuses sur le prépuce à la place où siégeait le chancre (Induration secondaire). Adénopathie inguinale à peine perceptible, pas d'adénopathie cervicale.

Cercles de papules écailleuses sur le fourreau.

Santé générale très-bonne (Traitement hydrargyrique et iodure de potassium).

Le 11 juin, le malade m'écrivait que l'amélioration de la langue, qui avait été sensible dans les premiers jours, s'était un peu ralentie ; qu'il se formait à droite quelques trous et quelques points fistuleux (Ramollissement des gommes).

A l'époque où je pris cette observation, je la fis suivre des remarques suivantes, auxquelles je n'ai rien à changer :

« Les tumeurs gommeuses de la langue surviennent habituellement à une époque tardive de la maladie constitutionnelle. Aussi, quoique celles de l'observation précédente n'aient fait leur apparition que vers le 5e ou le 6e mois à partir de l'accident primitif, je crois qu'on peut les regarder comme précoces. Il paraît y avoir eu deux poussées de tumeurs gommeuses : une première au 4e ou 5e mois, et la seconde en avril, au 7e mois. Les gommes de la première poussée s'étaient ramollies et avaient sans doute produit sur le bord de la langue les profondes déchiquetures cicatrisées. On ne peut pas en effet rapporter ces pertes de substance à des ulcérations survenues d'emblée, car la syphilis de ce malade n'a pas montré jusqu'ici une tendance prononcée à l'ulcération.

Les déterminations précoces de la syphilis sur le système musculaire offrent, comme on le voit, beaucoup moins d'intérêt que les lésions osseuses, et elles sont moins fréquentes ; je ne parle, bien entendu, que des myopathies plastiques et gommeuses. Il est donc difficile de donner une description générale de cet accident, rangé parmi les tertiaires, mais qui peut très-bien devenir secondaire par sa date. Je ne connais pas d'exemple de ces sortes de myopathies antérieures aux manifestations cutanées et muqueuses. Les suffusions plastiques des muscles entrent facilement en résolution sans laisser de lésion appréciable dans

le muscle. Mais les tumeurs gommeuses de la langue, au contraire, avaient ici été destructives en se ramollissant.

Existe-t-il des myopathies dans la syphilis héréditaire ? Je n'en connais aucun cas, et je ne crois pas qu'il y en ait d'observation, ce qui ne veut pas dire, du reste, que le fait ne se produit pas ou ne peut pas se produire. »

III

Le diagnostic des tumeurs gommeuses de la langue ne présente pas de grandes difficultés, quand il existe dans la cavité buccale, dans le pharynx, ou sur d'autres parties du corps, des accidents dont la nature syphilitique ne laisse aucun doute. Mais lorsque l'accident primitif est nié, ou a passé inaperçu, ainsi que les manifestations consécutives ; lorsqu'on ne découvre dans les antécédents que des traces obscures de syphilis, ou qu'il n'en existe aucune, la question peut devenir embarrassante. Les affections de la langue désignées sous le nom de *psoriasis lingual* donnent lieu quelquefois à un mamelonnement, avec induration, qu'il serait aisé de prendre pour des productions gommeuses. Mais l'état de la muqueuse, sa desquamation écailleuse, la couleur blanc d'argent des squames, l'état cicatriciel des bords de la langue, et surtout le processus général et la longue durée de la glossopathie, mettraient bientôt sur la voie du diagnostic. Ajoutez que les hésitations seraient bientôt levées, car le traitement spécifique, qu'on ne manque pas d'instituer dans les cas douteux, exerce promptement une action curative sur les glossopathies syphilitiques, tandis qu'il est inerte et même nuisible dans les glossopathies psoriasiques d'origine dartreuse ou arthritique, surtout quand elles subissent la dégénérescence épithéliomateuse. J'ai traité longuement toutes ces questions dans mon

mémoire sur le *Psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale,* et je vous y renvoie.

Le diagnostic entre les tumeurs gommeuses et certaines formes du cancer de la langue est quelquefois fort embarrassant au début, et on ne peut y arriver qu'après plusieurs semaines, quand on a vu l'envahissement graduel de la tumeur maligne se continuer et même s'aggraver sous l'influence du traitement spécifique. Vous pourrez en juger par le cas suivant, que j'ai recueilli en 1869. Je pensai d'abord à des tumeurs gommeuses de la langue ; mais, au bout de quelque temps, je dus renoncer à tout espoir de guérison et la nature maligne de la glossopathie se révéla clairement.

En juin 1869, mon ami M. le Dr Bodin, de Tours, m'adressa un malade, âgé de 50 ans, qui était atteint depuis un an environ d'une affection grave de la langue. M. X... avait toujours été fort, vigoureux, bien portant, quoiqu'il eût éprouvé dès l'âge de 8 ans des accidents scrofuleux du côté du genou et de la fesse gauches, qui n'avaient été définitivement guéris que 40 ans après leur apparition.

A l'âge de 44 ans, M. X... contracta des chancres syphilitiques à Pesth. Deux mois après, il eut une éruption pustuleuse et confluente sur la figure et dans la bouche, des espèces de clous et d'anthrax sur tout le corps, et des plaques muqueuses dans la bouche. La santé générale n'en fut pas altérée ; ces accidents durèrent trois mois et furent traités par le mercure et l'iodure de potassium. M. X... fit ensuite trois saisons consécutives à Baréges. Les eaux sulfureuses provoquèrent les deux premières fois le retour des accidents, sous la même forme. Mais peu à peu ces manifestations diminuèrent d'intensité et finirent par disparaître.

Après s'être traité pendant les trois premières années

de sa syphilis, M. X .. s'abstint de prendre du mercure et de l'iodure de potassium pendant les treize années suivantes. Il se contenta d'aller tous les ans soit à Luchon, soit aux bains de mer. Il fumait beaucoup, et avait depuis quelques années la lèvre inférieure toujours irritée et souvent excoriée.

C'est à l'âge de 49 ans que M. X... commença à éprouver une sensibilité gênante et même douloureuse dans la langue. Quand il vint me consulter, le 25 juin, je la trouvai couverte d'un épiderme blanchâtre et opaque, et fendillée sur plusieurs points. A sa surface supérieure à gauche, existait une tumeur de 1 millimètre, ovalaire dans le sens antéro-postérieur, un peu inclinée et implantée par sa base dans le tissu de la langue, sous forme d'une masse dure, régulière, homogène, ayant le volume d'une amande. A côté d'elle il existait une petite tumeur pisiforme sous-muqueuse.

Vers la partie moyenne du bord droit de la langue et à peu près au même niveau que la première tumeur, il y en avait une autre, également plongée dans le parenchyme de l'organe, grosse comme une cerise, dure, lardacée, blanchâtre et fendillée à sa surface supérieure qui formait une légère saillie au-dessus de l'organe.

Il n'existait point de ganglions maxillaires ni cervicaux. La circulation de la face et du cou s'exécutait librement. Les douleurs étaient locales et sans aucune irradiation vers les parties voisines.

La lèvre inférieure était le siége d'une desquamation épithéliale qui laissait à nu des érosions irrégulières sèches, superficielles, recouvertes d'un épithélium jaune. Depuis 5 ou 6 ans que cet état morbide s'était produit, par suite sans doute de l'abus du tabac, la lèvre inférieure s'était un peu épaissie et était chagrinée comme si ses capilles s'étaient hypertrophiées.

Le nez et la gorge étaient intacts. Aucune lésion sur la peau. Cicatrices profondes sur la cuisse et autour du genou gauche, attestant l'existence antérieure d'abcès scrofuleux ossifluents. Ils n'étaient pas encore guéris quand le malade avait contracté la syphilis. Cette nouvelle maladie constitutionnelle n'exerça aucune influence fâcheuse sur les manifestations de la scrofule, qui continuèrent sans aggravation ni diminution jusqu'à l'âge de 48 ans. Quatre ans avant l'époque où M. X... vint me consulter, on lui avait extrait de la cuisse un fragment d'os nécrosé de 5 centimètres de longueur.

Malgré toutes ces graves affections, la santé du malade était excellente; il avait le teint coloré, de l'embonpoint, des forces comme à 25 ans, qu'il dépensait dans une vie très-active de chasse, de voyages à pied et autres exercices hygiéniques. Il était riche, vivait très-confortablement, mangeait et digérait bien et ne faisait aucun abus de liqueurs fortes, ni de femmes, quoique les fonctions génitales fussent encore en parfait état chez lui.

Quelle était la nature de cette glossopathie ? Malgré l'état un peu équivoque de la lèvre inférieure, je pensais que les tumeurs de la langue étaient des tumeurs gommeuses, et je prescrivis un traitement mixte dans lequel l'iodure prédominait. L'absence d'adénopathies sous-maxillaires, de douleurs irradiantes, d'embarras dans la circulation du cou et de la face, de troubles dans la santé générale ; la régularité, l'homogénéité des tumeurs, la netteté et la forme de leurs contours, leur implantation comme par enkystement et sans racines, au sein du tissu lingual, enfin la physionomie générale de la lésion, etc., etc., toutes ces circonstances me faisaient pencher du côté de la syphilis, et je conclus de mon examen et de mon interrogatoire qu'elle était la véritable cause diathésique de la glosso-

pathie, tandis que l'abus du tabac n'en avait été que la cause provocatrice et occasionnelle. Cependant je fis mes réserves au sujet du cancer. Je n'avais pas encore étudié le psoriasis de la langue et l'épithélioma, qui en est si souvent la conséquence, comme je l'ai fait depuis. Peut-être qu'aujourd'hui, en présence d'un cas pareil, j'aurais plus d'hésitations dans mon diagnostic ; mais je crois que je donnerais l'iodure seul ou le biodure ioduré, ne fût-ce que comme pierre de touche.

L'inefficacité du traitement auquel j'avais soumis M. X... ne devenait que trop manifeste au bout de quelques jours. Le 6 juillet, je constatai que la tumeur du côté droit de la langue s'était élargie et ulcérée. Elle suppurait beaucoup et par moments devenait d'une sensibilité excessive, amenait des irradiations névralgiformes très-vives dans l'oreille, dans le cou et dans la mâchoire du même côté. La tumeur gauche présentait aussi de l'aggravation, mais pas à un degré aussi prononcé. La santé générale était toujours bonne.

Évidemment, au bout de 12 jours de traitement, la glossopathie, au lieu de s'améliorer, avait empiré. Les tumeurs s'étaient agrandies, puis ramollies et ulcérées, et elles s'accompagnaient maintenant de douleurs irradiantes, ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'alors.

Sur mon conseil, le malade alla consulter M. Ricord, qui se montra indécis sur la nature de l'affection. Il conseilla néanmoins l'iodure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes. J'avais supprimé le mercure.

Le 15 juillet, les deux tumeurs avaient encore augmenté de volume, mais elles ne me semblèrent pas avoir poussé de racines vers la base de la langue. Cet organe conservait la liberté de ses mouvements et n'était que peu tuméfié.

Les ganglions restaient intacts. Santé générale toujours très-bonne.

Ainsi l'iodure de potassium, quoique bien toléré par l'organisme, avait aggravé plutôt qu'amélioré la phonation, et le processus de ces tumeurs, quelle que fût leur nature, s'était accéléré dans un sens défavorable.

M. X... alla faire un voyage en Suisse et revint me voir le 5 août. Je le trouvai dans un état pire qu'au moment de son départ. La tumeur droite, tombée en deliquium ou en gangrène, avait été à peu près complétement éliminée. A sa place existait une vaste excavation ulcéreuse par laquelle se faisait depuis la veille une abondante hémorrhagie. La tumeur gauche avait doublé de volume en progressant, surtout en arrière ; elle n'était pas encore ramollie. La langue était dans un état affreux. Elle était devenue le foyer d'atroces douleurs irradiantes qui s'élancaient surtout vers l'oreille correspondante, principalement la nuit. Quelques ganglions sterno-mastoïdiens s'étaient engorgés à gauche. Le plancher de la bouche n'était pas envahi. Aucune altération de la voix. Lèvre inférieure toujours dans le même état.

Il n'y avait plus de doute à avoir. La glossopathie n'était point syphilitique, mais épithéliomateuse. Je confiai le malade aux soins de M. le professeur Gosselin (1).

(1) Il s'agissait bien en effet d'un cancer de la langue, qui emporta le malade vers le mois d'octobre de la même année. — L'affection avait eu une durée de un an et demi environ.

DEUXIÈME PARTIE.

CARDIOPATHIES GOMMEUSES.

Historique. — Observations de Ricord, Lebert, Virchow, Lancercaux.
Nombreuses coïncidences pathologiques des cardiopathies syphilitiques. — Obscurité de leurs symptômes. — Mélange de phénomènes d'asystolie et de cachexie syphilitique.
Circonstances qui permettront de diagnostiquer la syphilose cardiaque. — Pronostic.
Myocardite fibreuse et myocardite gommeuse.
Anatomie pathologique : siége des lésions. — Volume des tumeurs. — Leur caractère microscopique. — Embolies consécutives.

Après les myopathies linguales, celles qui ont été les mieux étudiées, surtout dans ces temps derniers, ce sont les myopathies syphilitiques du cœur. Au commencement de ce siècle, Corvisart, frappé de la ressemblance des végétations valvulaires du cœur avec les excroissances vénériennes des parties génitales, avait conclu qu'elles devaient avoir la même origine, et, l'un des premiers, il avait parlé des cardiopathies de nature syphilitique. Laurence combattit cette manière de voir qui, malgré quelques tentatives infructueuses pour la rétablir, fut rejetée par tous les pathologistes, jusqu'au moment où des faits positifs, appuyés sur l'étude anatomo-pathologique de quelques lésions cardiaques trouvées sur des syphilitiques, vinrent démontrer qu'elle reposait sur des bases solides et non plus sur des hypothèses et des analogies.

I

La première observation est due à M. Ricord. Le dessin des lésions se trouve dans sa *Clinique iconographique* (Pl. XXIV). Le malade avait eu plusieurs fois des chancres, puis des tubercules ulcérés de la peau. Il mourut subitement. — A l'autopsie, on trouva le cœur hypertrophié. L'endocarde du ventricule droit avait plus de 1 millimètre d'épaisseur; il était d'une consistance fibreuse et d'un blanc mat. A gauche, l'endocarde était recouvert, près de la pointe, par un thrombus adhérent, au-dessous duquel existait une infiltration hémorrhagique et une fausse membrane de 1 millimètre d'épaisseur. Sur plusieurs points des parois ventriculaires il y avait des masses tuberculeuses d'une substance jaunâtre, dure, criant sous le scalpel, totalement dépourvues de vaisseaux, mais ramollies en quelques endroits comme les gommes syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané. Les fibres musculaires étaient refoulées, comprimées, dégénérées et infiltrées de sang. Dans la base des poumons on trouvait des tumeurs analogues.

Plus tard vint une observation de Lebert, concernant une femme qui avait eu des tubercules syphilitiques de la peau. Dans les derniers temps de sa vie, elle présenta un souffle doux au premier temps. — A l'autopsie, outre des gommes du tissu cellulaire sous-cutané de la voûte crânienne, une carie du frontal et une ulcération du palais, on trouva dans les parois du cœur des tumeurs dures, élastiques, homogènes, d'un jaune rougeâtre, constituées par de petites cellules à noyau rond, entourées d'une substance finement granulée. Il y avait, en outre, un grand nombre de noyaux fibro-plastiques, etc. Il s'agissait donc, non pas

de gommes encore caséeuses et ayant atteint leur complet développement, mais d'un tissu conjonctif récent, vasculaire et entièrement organisé, etc.

L'étude des lésions syphilitiques du cœur fut poursuivie par Virchow, à qui nous devons les recherches les plus intéressantes sur ce sujet. Vous trouverez dans son *Mémoire sur la syphilis constitutionnelle* une longue observation dont je me bornerai à vous donner le sommaire :

Syphilis constitutionnelle. — Affection du cœur. — Dyspnée et mort. — Myocardite, péricardite, endocardite gommeuses. — Anévrysme partiel du cœur avec thrombose. — Carnification et indurations cicatricielles du poumon. — Foie muscade avec hyperplasie. — Tuméfaction simple de la rate. — Tuméfaction parenchymateuse des reins. — Épaississement partiel de la muqueuse vésicale. Hernie obturatrice commençante. — Orchite simple et gommeuse. — Hyperplasie médullaire des ganglions inguinaux. — Pentastomes dans le foie et l'intestin. — Tricocéphale.

Outre ces recherches de Virchow, je dois vous signaler aussi celles d'un de mes savants collègues, M. le Dr Lancereaux. Vous trouverez dans son *Traité de la Syphilis* la monographie la plus complète qui ait été publiée sur la syphilose cardiaque. Elle contient deux observations inédites dont voici le sommaire :

1. Oppression violente asystolie, accès épileptiformes et mort. — Autopsie : cicatrices à la surface des circonvolutions et dans l'épaisseur de la substance cérébrale blanche; amas de globules de graisse dans le corps strié. — Tumeurs gommeuses multiples sous l'endocarde et dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche. Atrophie et dégénérescence des fibres musculaires. Dépressions et sillons cicatriciels à la surface du foie. — Double sarcocèle syphilitique.

2. Palpitations, dyspnée excessive, cyanose des extrémités, asystolie et mort. Tumeurs gommeuses et transformation fibreuse des parois du ventricule droit. Gommes et cicatrices du foie; cicatrices de la rate et des reins.

II

D'après la simple énumération de ces désordres, vous pouvez voir que la cardiopathie syphilitique existe rarement seule; qu'elle s'accompagne de lésions du foie, de la rate, des reins, du cerveau, etc., et qu'elle fait partie de la syphilis viscérale généralisée et pour ainsi dire envahissante. Aussi n'est-il pas étonnant que ses symptômes soient noyés au milieu de tous ceux qui surgissent sur tous les points de l'organisme aux phases extrêmes de la cachexie syphilitique. Rien de plus vague, en effet, de plus incomplet que les signes et les troubles fonctionnels de ces cardiopathies. On peut bien dire que le cœur est atteint dans son élément musculaire, mais il est à peu près impossible d'affirmer qu'il l'est à la suite de suffusions néoplasiques ou de gommes développées dans l'épaisseur de ses parois. Palpitations, désordre des battements du cœur, oppression, dyspnée, tendance aux lipothymies, faiblesse ou irrégularité du pouls, coloration terreuse de la peau, cyanose des muqueuses, distension des veines du cou, etc.; en un mot, asystolie sous ses diverses formes et à tous ses degrés, tel est l'ensemble des troubles fonctionnels causés par la cardiopathie syphilitique.

Ces signes se résument en une augmentation plus ou moins considérable de la matité du cœur, des bruits sourds, étouffés, accompagnés ou non d'un bruit de souffle léger, dont la cause organique et le siége sont toujours difficiles à préciser. En un mot, hypertrophie, dilatation, dégénérescence des fibres musculaires, survenues sous l'influence

probable de la syphilis et reconnaissant pour cause immédiate le développement de productions néoplasiques diffuses ou circonscrites dans l'épaisseur des parois cardiaques: voilà ce que l'on doit soupçonner lorsqu'il existe d'autres accidents syphilitiques concomitants, ou qu'on peut suivre jusqu'à la cardiopathie actuelle la filiation de ceux qui l'ont précédée et préparée.

Le processus de l'affection ne présente, du reste, aucune particularité qui puisse nous éclairer. Quant au traitement, il est rare qu'il soit efficace dans ces cachexies syphilitiques où le cœur, les poumons et les viscères des hypochondres sont eux aussi plus ou moins altérés. Les améliorations et à plus forte raison les guérisons qui ont été obtenues sont excessivement rares. A tous les points de vue le pronostic est donc des plus graves, et ce qui le prouve bien c'est que nous ne devons qu'aux nécropsies nos connaissances sur la syphilose cardiaque.

III

Les productions gommeuses du cœur s'accompagnent presque toujours de myocardite. D'après Virchow cette myocardite ne serait pas exclusivement gommeuse, mais la plupart du temps *fibreuse simple*. « Quand on examine, à l'autopsie, dit-il, un grand nombre d'individus atteints de syphilis constitutionnelle, on en trouve assez qui présentent des cicatrices fibreuses multiples dans le tissu musculaire du cœur, sans que l'on puisse en donner une autre étiologie. Ce point mérite du reste un examen plus approfondi, comme aussi l'existence d'une endocardite syphilitique (1). »

Je crois qu'en l'absence de tumeurs gommeuses, il est difficile de distinguer ces sortes de dégénérescences fibreuses

(1) Virchow, *Pathologie des tumeurs*, tom. II, p. 436.

de celles qui sont produites par d'autres causes générales, telles que l'arthritis ou l'alcoolisme. Dans l'arthritis, il est vrai, la lésion occupe presque constamment les orifices et les valvules du cœur, et, dans l'alcoolisme, il existe de la surcharge graisseuse, et la dégénérescence granuleuse des fibres musculaires primitivement et indépendamment de tout état phlegmasique antérieur. Mais toutes ces influences étiologiques peuvent se combiner, et il est difficile d'en démêler les résultats.

La myocardite gommeuse aurait, au contraire, d'après M. Lanceraux, des caractères spécifiques incontestables. Voici, d'après cet auteur, le siége qu'occupaient les lésions dans les 9 cas qu'il a analysés :

Les deux ventricules.............	2	fois.
Le ventricule gauche.............	3	—
Le ventricule droit..............	2	—
La cloison interventriculaire....	1	—
L'oreillette droite..............	1	—

On peut conclure de ce tableau que la détermination syphilitique se fait principalement sur les fibres musculaires du cœur et que ses orifices et ses valvules sont respectés, du moins dans la majorité des cas.

IV

Les tumeurs gommeuses des parois cardiaques sont disséminées ou en groupe, de volume variable, arrondies, d'une consistance ferme ou caséeuse, grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, etc., semblables en un mot aux gommes des autres organes. Leur structure est finement cellulaire, leur stroma est constitué par du tissu conjonctif. Quand elles sont volumineuses, on peut y rencontrer aussi des faisceaux musculaires un peu atrophiés. C'est dans la cloison interven-

triculaire qu'elles acquièrent les plus grandes proportions. Virchow en a vu qui atteignaient là le volume d'un œuf de pigeon et faisaient saillie dans les deux cavités cardiaques.

« Il est très-difficile, dit cet auteur, de distinguer ces gommes des sarcomes à petites cellules et des tubercules. Selon moi, le signe distinctif le plus important des gommes est la prompte dégénérescence graisseuse et la formation de grandes masses caséeuses d'une substance presque amorphe ; de plus, ces sarcomes du cœur ne sont jamais primitifs, et, quand ils sont métastatiques, l'examen des tumeurs-mères peut éclairer ce diagnostic. Les tubercules du cœur sont habituellement miliaires ; quand ils deviennent plus grands, il est difficile de les distinguer des gommes, et j'attacherais pour le moment une plus grande importance à la concomitance d'une tuberculose générale qu'aux caractères des tubercules isolés. Toutefois on trouve sous ce dernier rapport un auxiliaire utile dans l'enkystement des tumeurs gommeuses par des couches charnues ou calleuses du tissu connectif, ainsi que dans la dimension plus grande des cellules isolées (1). »

Les gommes du cœur subissent les mêmes phases de régression que les gommes des autres muscles. Elles se ramollissent; et, quand leurs produits ultérieurs ne se résorbent pas, ils peuvent se vider à la suite d'ulcération dans la cavité cardiaque, se mêler au sang et déterminer des embolies partielles ou une embolie générale. Dans le cas rapporté par M. Oppolzer, une semblable terminaison paraît avoir eu lieu. Un homme, atteint de syphilis, tomba tout à coup frappé d'hémiplégie et succomba au bout de quelques jours. L'autopsie fit découvrir un ramollissement du lobe moyen de l'hémisphère droit, avec oblitération de l'artère de Sylvius; au-dessous des valvules aortiques existaient deux petits orifices qui faisaient communiquer le ventricule avec

(1) Virchow, *loc. cit.*, p. 435-36.

une cavité capable de contenir un haricot, et qui paraissait résulter du ramollissement d'une tumeur gommeuse.

Dans les cardiopathies gommeuses, l'endocarde a presque toujours été trouvé épaissi, inégal, mamelonné, d'un blanc bleuâtre ou jaunâtre, au niveau des productions morbides, et même au delà dans une étendue plus ou moins considérable des ventricules. De pareilles lésions s'observent beaucoup plus rarement dans le péricarde.

V

Telles sont les seules notions à peu près positives que l'on possède actuellement sur la syphilose du cœur. Quant aux autres muscles internes, nos connaissances sur les lésions syphilitiques dont ils peuvent devenir le siége sont encore moins avancées. Je vous ai parlé, l'année dernière, des infiltrations gommeuses qui se faisaient quelquefois dans les muscles pharyngo-palatins, je n'y reviendrai pas.

Le diaphragme peut-il être atteint par la syphilis? M. Murchison (1) a rapporté un cas qui semblerait le prouver.

En voici le résumé : La malade s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, elle se maria, et, peu de temps après, son mari lui communiqua la syphilis. Bientôt survinrent des ulcérations du pharynx, des éruptions sur la peau, de l'alopécie, etc. Sept mois après son mariage, elle accoucha d'un fœtus mort. Au bout de vingt-deux mois, elle eut un second accouchement prématuré, mais l'enfant survécut. Six mois après, elle fit une troisième fausse couche, et deux autres l'année suivante.

(1) Murchison, *Trans. path. Soc.*, vol. XIII, p. 333.

Peu de temps après la dernière fausse couche, cette malade, qui avait beaucoup souffert quelque temps après son mariage d'une angine ulcéreuse, et qui avait toujours eu de temps en temps quelques poussées de syphilides sèches, fut prise dans la nuit de trois attaques d'épilepsie. Elle n'en avait jamais eu auparavant; mais, depuis quelques jours, elle se plaignait de maux de tête, de vertiges et de troubles visuels. Ces attaques se reproduisirent à des intervalles qui variaient d'une semaine à un mois. Il existait toujours une violente céphalalgie qui occupait principalement le côté gauche et la région occipitale. La mémoire ne tarda pas à se perdre. Puis les attaques épileptiformes devinrent plus fréquentes. Quelques-unes seulement furent caractérisées par des convulsions générales et de l'écume à la bouche. Après ces attaques, la malade restait quelquefois inconsciente à moitié pendant plusieurs heures. Toujours des maux de tête très-violents. Plus tard, bouffissure de la face, œdème des jambes, urines albumineuses. Un jour, il lui survint de violentes douleurs dans l'abdomen avec une extrême sensibilité de toute la région. Elle eut des vomissements et de la diarrhée ; le pouls et la respiration se précipitèrent, et elle succomba au bout de 48 heures, en pleine connaissance.

Autopsie. — Sur le côté droit du frontal, dans un espace de la largeur d'une pièce de 2 francs, le tissu osseux était beaucoup moins coloré et d'une nature plus spongieuse que le reste ; il bombait légèrement du côté de la cavité crânienne et avait une partie de sa circonférence injectée. La dure-mère et la substance nerveuse sous-jacente étaient saines.

Du côté gauche du frontal, à partir de la voûte orbitaire, dans une étendue de deux ou trois pouces en haut et en arrière, le tissu osseux était aminci, spongieux, et dans quelques points tellement ramolli qu'il conservait l'impression de l'ongle. A ce niveau, la dure-mère adhérait, mais était épaissie de 1/3 de pouce par la présence d'une tumeur qui proéminait sur sa face profonde. Ce néoplasme était d'un jaune pâle, opaque et assez résistant. Par la pression, il n'en

sortait aucun liquide, et le microscope y faisait découvrir un tissu fibrillaire avec quelques noyaux et de nombreux petits globules graisseux. Cette tumeur ne pouvait être détachée de la dure-mère ; elle adhérait aussi au cerveau. La substance grise faisait défaut sur la plus grande partie de la portion encéphalique sous-jacente. La pie-mère était injectée, les sinus remplis d'un caillot noir et mou. On voyait en outre de nombreux foyers hémorrhagiques.

Cœur et poumons sains ; injection rouge brique du péritoine, et adhérence des anses intestinales entre elles par une lymphe jaune et gluante.

Foie hypertrophié, non décoloré, mais flasque ; dépressions superficielles et radiées ressemblant à des cicatrices, sur les faces supérieure et inférieure du lobe droit ; état graisseux des lobules ; vers la partie moyenne du bord postérieur du lobe droit, tumeur du volume d'une grosse noix, naissant de la capsule et plongeant dans le parenchyme, dure, jaune pâle, sèche, à cloisons blanchâtres, formée du tissu fibrillaire, de globules graisseux et d'une substance granuleuse.

Une autre tumeur de même nature et du volume de la moitié d'une grosse orange était située dans le tissu du diaphragme, et, en se projetant en bas, établissait une connexion inséparable entre le lobe gauche et la rate.

Vous voyez que cette lésion du diaphragme n'était pas isolée ; elle faisait partie pour ainsi dire de la syphilose hépatique et avait dû se développer en même temps qu'elle. Aucun symptôme particulier, aucun trouble fonctionnel spécial n'aurait pu faire soupçonner son existence. Il est à regretter que l'auteur ne nous ait pas donné des détails plus précis sur son siége et qu'il ait passé sous silence l'état des fibres musculaires à son voisinage. Cette critique s'adresse du reste à toute l'observation. Elle est trop incomplète, par exemple, pour qu'on en puisse rien conclure au point de vue des localisations cérébrales. Pourtant, dans son ensemble et dans chacune de ses parties, ce fait pré-

sentait un grand intérêt. La syphilis a duré 7 ans ; pendant 3 ou 4 ans, elle s'est bornée à attaquer la peau, les muqueuses, et à provoquer de nombreuses fausses couches ; puis est venue la détermination sur le cerveau sous forme d'épilepsie probablement partielle ; enfin, le foie et le diaphragme ont été attaqués et une péritonite aiguë, peut-être provoquée par leurs lésions, a emporté la malade.

COUP D'OEIL D'ENSEMBLE SUR LES MYOPATHIES SYPHILITIQUES. — LEURS DEGRÉS.

Messieurs, dans les quatre leçons que j'ai consacrées aux myopathies syphilitiques, j'ai essayé de vous faire voir et de vous expliquer tous les modes et tous les degrés que présentent les déterminations de la syphilis sur le système musculaire. Nous pouvons maintenant jeter un coup d'œil rétrospectif sur ce que je vous ai dit et embrassser, dans une vue d'ensemble, cette partie intéressante de la pathologie syphilitique.

I

Sur les muscles se rencontrent les extrêmes des souffrances et des lésions que la maladie constitutionnelle inflige à l'économie. Au début, à quelques jours de l'accident primitif, alors que le virus circule et se multiplie dans le système vasculaire et ses glandes, imprègne peu à peu tout l'organisme et élabore ses premières manifestations, les muscles ressentent quelquefois, avant tous les autres tissus, l'impression que fait sur eux le contact du principe morbide. Ils la traduisent par un sentiment plus ou moins vague de fatigue, de lassitude, de courbature ; et, d'une façon plus accentuée, plus spécifique, par des douleurs sourdes, crampoïdes, ou par des élancements, des pointes de douleurs qui parcourent les principales masses musculaires et s'exaspèrent habituellement pendant la nuit. Ces sensations douloureuses varient beaucoup ; mais nul doute qu'elles n'aient pour siége la partie active du système locomoteur. Les douleurs ostéoscopes profondes sont

plus rares à cette période de la maladie constitutionnelle. Et n'allez pas croire que ces phénomènes de souffrance musculaire ne fassent que réfléchir un état morbide général de faiblesse et d'anémie propre à la période d'invasion de la syphilis. Il y a autre chose qu'un contre-coup. Le muscle est attaqué d'une façon immédiate, directe, spéciale. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que l'on constate ces myalgies plus souvent peut-être chez les pléthoriques et les sanguins que chez ceux qui subissent l'influence anémiante de la vérole. Du reste cette influence anémiante a été singulièrement exagérée ; et, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les idées qui se transmettent sans contrôle et sans critique auraient grand besoin d'être réformées. Sachez que les dyscrasies les plus opposées à l'anémie se rencontrent souvent au début de la syphilis, et que, loin de disparaître sous son action, elles s'exagèrent, au contraire, quelquefois dans le sens qui leur est propre.

Quoi qu'il en soit, les muscles sont impressionnés spécifiquement, mais ce n'est là qu'une souffrance fugitive qui disparaît sans laisser de traces et sans produire aucun trouble fonctionnel sérieux et de quelque durée (1).

(1) M. le Dr Fournier et M. le Dr Aparicio ont décrit un *tremblement musculaire* qu'on observe quelquefois chez les femmes syphilitiques dans les neuf ou dix premiers mois de l'infection. Il occupe exclusivement les membres, surtout les supérieurs. Circonscrit, unilatéral, cadencé et rhythmique ou inégal et par soubresauts, il est très-irrégulier et intermittent, variable comme durée et insignifiant comme gravité. C'est donc un phénomène de peu d'importance, qui ne procède point directement de la syphilis, mais du nervosisme plus ou moins hystériforme qu'elle suscite chez les personnes nerveuses. Aussi ne le constate-t-on pas chez les hommes. — Il n'a pas plus de valeur symptomatique que l'*anesthésie*, qu'on ne rencontre qu'accidentellement chez quelques femmes; et c'est ce qui prouve bien que ces troubles nerveux dépendent du sujet et n'ont point pour cause immédiate la maladie constitutionnelle.

Dans ce *premier degré* de la détermination syphilitique, il n'existe probablement aucune lésion ni du côté de la fibre musculaire, ni du côté des filets nerveux qui l'animent. Le contact du principe toxique s'est borné à susciter des sensations douloureuses.

II

Il n'en est pas ainsi plus tard, ou même quelquefois à cette première période de la maladie constitutionnelle : l'affection musculaire s'accentue et se caractérise surtout alors par le trouble qui se produit dans l'état et le fonctionnement de la contractilité. De là ces myopathies syphilitiques complexes qui ont fait l'objet de mes trois premières leçons. Elles se localisent ou du moins atteignent toujours leur maximum d'intensité dans le biceps. Sa contracture en est le type le plus complet. D'autres fléchisseurs des extrémités supérieures et inférieures peuvent aussi être entravés dans leur rôle physiologique par un état plus ou moins prononcé de contracture. Enfin les extenseurs ne restent pas toujours en dehors de ce mode si particulier de détermination.

Ces myopathies, dont la contracture constitue l'élément principal, forment le *deuxième degré* dans l'ordre du processus. Ici il n'y a plus seulement, comme dans le premier degré, impression morbide sur la sensibilité par le contact du principe toxique. Une altération matérielle et permanente dans ses effets se produit au sein du muscle.

Il est probable que c'est un état hypérémique qui se dissémine sur quelques-uns de ses faisceaux, de ses filets nerveux et de ses fibres tendineuses, etc. Ne vous étonnez pas de voir une lésion superficielle comme l'hypérémie produire le spasme. L'irritabilité des nerfs et des muscles

n'est pas en relation directe avec la profondeur des lésions. Dans quelques affections catarrhales, dans le rhumatisme, dans la goutte, ne voit-on pas souvent la congestion la plus simple perturber extraordinairement la sensibilité et la contractilité musculaires ?

III

Le *troisième degré* de la détermination syphilitique sur les muscles appartient à l'ordre des phénomènes plus ou moins inflammatoires. Ici la lésion est évidente ; elle a été étudiée et on peut dire qu'elle est connue dans toutes les phases de son processus et dans tous ses modes de terminaison. C'est la *myosite* avec le caractère de spécificité que la syphilis lui imprime, comme elle le fait à toutes ses autres manifestations.

IV

Enfin, au delà de la myosite ou à côté d'elle, se place le *quatrième degré* de la détermination syphilitique sur les muscles. Elle est constituée par la gomme. C'est, avec la plaque muqueuse, la lésion la plus imprégnée de spécificité que produit la syphilis. Elles se trouvent toutes les deux aux deux points extrêmes de la maladie constitutionnelle : l'une, la plaque muqueuse, appartient à la période toxique ; et l'autre, la gomme, à la période diathésique.

Les myopathies gommeuses avec les atrophies, les dégénérescences fibreuses, cartilagineuses, calcaires qu'elles peuvent entraîner occupent la place la plus large et la plus importante dans la pathologie syphilitique des muscles. Elles sont rarement précoces. La plupart du temps, au contraire, elles ne se développent qu'à une époque très-éloi-

guée de l'accident primitif. Quelquefois même les antécédents syphilitiques se perdent dans un passé si lointain qu'on ne peut plus les retrouver. C'est ce qui a lieu dans la plupart des cardiopathies de cette espèce; il devient impossible de leur assigner une date, de suivre la filiation des phénomènes; c'est ce qui rend leur histoire si obscure et si incomplète.

Tels sont les quatre degrés des myopathies syphilitiques, dans l'ordre anatomo-pathologique. Cette division s'applique aussi à l'ordre chronologique ou de succession, mais avec moins de rigueur. On voit par exemple des myopathies avec contracture coïncider avec des myopathies gommeuses ou venir plus tard qu'elles. L'existence des premiers degrés n'implique nullement l'apparition des autres à une période plus avancée, de même que les derniers degrés peuvent s'établir d'emblée et sans qu'il y ait eu préalablement aucune détermination sur le système musculaire.

TRAITEMENT DES MYOPATHIES SYPHILITIQUES.

Il ne me reste plus, pour terminer, qu'à vous présenter quelques considérations sur le traitement. Le mercure et l'iodure de potassium étant les deux seuls spécifiques contre la vérole, c'est à eux qu'il faut avoir recours. Les myopathies du premier et du second degrés cèdent à l'emploi du mercure seul; mais il vaut mieux administrer une médication mixte: elle m'a toujours paru beaucoup plus efficace. Les moyens locaux tels que émollients, irritants, résolutifs, frictions avec des pommades mercurielles et iodurées, applications de bandelettes de Vigo, etc., sont d'utiles adjuvants pour le traitement interne.

On peut donc guérir les myopathies; il y en a même qui guérissent toutes seules. Malheureusement on ne les prévient pas; et, ce qui le prouve trop, c'est qu'elles surviennent quelquefois en plein traitement mercuriel et ioduré.

Dans les myopathies gommeuses, il est nécessaire de donner l'iodure de potassium à de très-hautes doses, pour produire une résolution rapide et prévenir les dégénérescences du muscle et les infirmités qu'elles entraînent. Mais on ne réussit pas toujours, même en instituant la médication en temps opportun et à doses convenables. Quelques cas, très-rares il est vrai, sont réfractaires à l'action de l'iodure de potassium. Dans d'autres, l'état cachectique l'empêche de développer dans toute sa plénitude ses effets curatifs. Des circonstances aussi contraires ne se présentent qu'exceptionnellement, et la plupart du temps, lorsqu'on a découvert la cause spécifique de la myopathie, et que la lésion n'est pas engagée trop avant dans la régression, on peut la guérir en employant les mêmes remèdes que dans toute autre affection syphilitique.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Clichy. — Imprimerie Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1272—76.)



